Пауль Вацлавик Джорджио Нардонэ
Искусство быстрых изменений

Современные методы в психотерапии –



Текст предоставлен издательством
«Искусство быстрых изменений. Краткосрочная стратегическая терапия»: 1000Бестселлеров; Москва; 2019
ISBN 978-5-906907-47-9

Аннотация

Стратегический подход в психотерапии, изложенный в книге, является современным развитием системного подхода в симбиозе с гипнотерапией Милтона Эриксона. Модель быстрого решения индивидуальных и семейных проблем, проблем партнёрства, применима в широком контексте межличностных отношений. Книга представляет собой учебное руководство по стратегическому подходу, дающему самые быстрые и эффективные результаты в решении разного рода психологических проблем: фобических и обсессивных состояний, паники, нарушений питания и т. д.

Книга предназначена для специалистов-психотерапевнов, психологов, медиков, студентов означенных специальностей и других читателей, интересующихся современной психологией и решением человеческих проблем. Описанные стратегии применимы в обыденной жизни.

2-е издание, переработанное.

Пауль Вацлавик, Джорджио Нардонэ
Искусство быстрых изменений. Краткосрочная стратегическая терапия

* * *

Если нужно что-то сократить,
То заранее расширь его.
Если нужно что-то надорвать,
То сначала подкрепи его.
Если нужно что-то опустить,
То сначала подними его.
Если что-либо захочешь взять,
То сначала уступи его.
Никакой науки в этом нет.
Мягкому и слабому порой
Сильные проигрывают бой.

Лао Цзы. ***Дао Де Дзин***[1]

Предисловие к русскому изданию

Я горжусь оказанной мне честью и рад возможности предложить российскому читателю книгу, которая представляет собой *манифест усовершенствованной модели краткосрочной стратегической терапии*. Данная работа привнесла в традиции так называемой школы Пало Альто новаторские методологии клинического исследования, на основе которых были разработаны более эффективные и экономичные стратегии

[1] В переводе с китайского В.Перелешина – *Прим. ред.*

терапевтического вмешательства.

Эта книга является плодом тесного сотрудничества между Полом Вацлавиком – самым видным из занимающихся изучением коммуникации представителем системного подхода – и тем, кто в период написания книги был молодым исследователем в области клинической психологии; *она объединяет в себе традицию и новаторство в области психотерапии и коммуникации*. И действительно, в работе описываются как зарекомендовавшие себя теории и техники вмешательства, разработанные в Институте исследований психики в Пало Альто, так и усовершенствованные теории и новаторские техники, разработанные в Центре стратегической терапии в Ареццо.

В данной работе впервые опубликованы протоколы усовершенствованной модели вмешательства в случае фобических и обсессивных расстройств, которые впоследствии стали ориентирами международного уровня для теоретических исследований и для практики терапевтического вмешательства при данных расстройствах. Кроме того, в книге представлены результаты статистической оценки эффективности и экономичности терапевтических вмешательств, использовавших эту передовую технологию. Приведенные результаты неоспоримо показывают почти «магический» эффект такого подхода.

Еще большее удовольствие доставляет мне тот факт, что настоящее издание станет первой книгой в целой серии книг, в которую войдут переводы наиболее важных и передовых исследований, выросших из нашей практической работы в области клинической психологии.

Издание этой книги на русском языке вызывает у нас особую гордость и из-за того, что мы с Полом Вацлавиком находимся в большом долгу перед русскими традициями: мы являемся большими поклонниками произведений Федора Достоевского, который, по нашему мнению, был одним из самых великих психологов и знатоков человеческой души.

И, наконец, хочу заметить, что лично я провел одиннадцать замечательных лет в компании великолепного, бесстрашного и нежного существа, вывезенного из России, по кличке Борзой, которого я до сих пор вспоминаю с ностальгией.

Позвольте заранее поблагодарить российских коллег и читателей, которые приняли нас в свои ряды.

Джорджио Нардонэ, Ареццо

Примечание итальянского издателя

Представляемая в новом издании книга Джорджио Нардонэ и Пола Вацлавика переведена на все основные иностранные языки и входит в классику краткосрочной терапии и стратегического подхода '*problem solving*', который в последние годы нашел широкое применение в области психологии и в смежных ей контекстах: предпринимательском, педагогическом, социальном.

Большой успех книги объясняется предлагаемым в ней подходом, дающим самые быстрые и эффективные результаты в решении разного рода психологических проблем: фобических и обсессивных состояний, паники, нарушений питания.

Введение

Я рад, что мне представилась возможность написать введение к этой книге, которую я считаю фундаментальным вкладом в современное усовершенствование системной и эриксоновской психотерапии, и что теперь уже принято называть *стратегической терапией*. Мне также очень приятно осознавать свой собственный вклад в эту важную книгу, ставшую результатом нашей совместной работы с Джорджио Нардонэ. Кроме того, большое удовольствие я получил, наблюдая как он, – опираясь на свою специализацию по

системному подходу, полученную в MRI[2] в Пало Альто у моих коллег и у меня лично, – сумел развить полученные идеи и разработать совершенно оригинальные стратегии, интегрируя нашу модель системного подхода в рамки своей личной работы.

Данная книга представляет собой настоящее *учебное руководство по стратегическому подходу*, поскольку является его углубленным и подробным изложением. Изложение стратегического подхода начинается с теоретических посылок и эпистемологического фундамента модели, продолжается презентацией многочисленных стратегий, направленных на изменение человека, и заканчивается скрупулезным статистическим исследованием результатов, полученных при применении представленной терапевтической модели на практике.

Сказанное выше не означает, что данная работа является чем-то вроде обычной «поваренной книги» с поверхностным описанием рецептов, готовых для употребления терапевтами. Она представляет собой комплексное теоретическое и прикладное изложение данного подхода, возникшего относительно недавно, к решению человеческих проблем.

Книга открывается написанным мною обзором современной психотерапии. Затем следует определение теоретических и прикладных особенностей, отличающих стратегический подход от других форм психотерапии (*глава первая*). *Во второй главе* описываются четыре основных концептуальных особенности, характеризующие предлагаемую модель (они названы четырьмя «ересями» – за то, что они идут вразрез с общепринятыми в традиционной психотерапии «истинами»): это теоретическая системно-конструктивистская база модели, ее обращение к специфической теории устойчивости и изменения, и вытекающая из этой теории концептуализация возникновения и решению человеческих проблем.

В третьей главе читателю предлагается исторический эволюционный обзор, подчеркивающий эриксоновские и системные истоки стратегической терапии. Здесь же приводятся некоторые концептуальные различия, которые в настоящий момент присутствуют в формулировках основных авторов стратегического подхода.

Четвертая, самая объемная глава, посвящается изложению принятому терапевтическому *процессу* от начала до завершения терапии и объяснению основных *процедур* (стратегий), применяемых для разблокирования и решения человеческих проблем. Это объяснение не ограничивается простым описанием процесса и стратегий терапии – показана также их эффективность в изменении поведения и представлений людей. Кроме того, приводятся примеры исследований, эксперименты и случаи, взятые из научной сферы и из различных психотерапевтических контекстов.

В следующей *(пятой)* главе представлены два оригинальных протокола специфического терапевтического вмешательства; один из них относится к тяжелым формам фобических расстройств, другой – к расстройствам обсессивного типа. При описании обоих протоколов подробно анализируются четыре стадии терапии, каждая из которых характеризуется специфическими целями и специфическими стратегиями для достижения результа. Оба представленных протокола демонстрируют эффективность этого подхода и показывают, что терапия может стать краткосрочным и хорошо спланированным путешествием, для которого предусмотрены не только пункт отправления, но и все промежуточные остановки, пункт прибытия и длительность пути. Все это прямо противоположно традиционному пониманию психотерапии как «путешествия впотьмах», когда известен только пункт отправления и невозможно предсказать ни промежуточные этапы, ни конечный пункт, ни – тем более – длительность пути.

После представления двух упомянутых моделей специфического терапевтического вмешательства, состоящих из запланированной последовательности действий (что подчеркивает системность и методологическую корректность работы), в следующей *шестой*

---

[2] Mental Research Institute – Институт исследований психики – *Прим. перев.*

главе излагаются четыре интересных и необычных клинических случая. Их пример показывает, что в процессе поиска решения человеческих проблем терапевту необходимо сочетать знание системных техник с изобретательностью и пластичностью мышления. Бывают случаи, когда терапевту приходится отходить от традиционных концептуальных схем, от своего привычного восприятия пациента и способов взаимодействия с ним, чтобы прекратить прежние неэффективные попытки решения проблемы пациентом для нахождения новых и эффективных.

Чтобы подчеркнуть главные отличия в поведении терапевта стратегического направления от поведения психотерапевтов традиционых направлений, проведем аналогию между стратегическим подходом к терапии и игрой в шахматы. Сначала – как в руководстве по шахматной игре – излагаются правила игры и принятая последовательность ходов, ведущая к объявлению «мата». Затем описываются эффективные ходы и возможные стратегии, после чего предлагается два способа достижения «мата», которые в определенных шахматных партиях можно осуществить за несколько ходов. И, наконец, описываются несколько нетипичных шахматных поединков, показывающих, как в результате взаимодействия между предпринятыми и ответными ходами игра становится чрезвычайно сложной, с бесчисленной гаммой всевозможных тактик. Проводя такую аналогию, автор подчеркивает, что терапия, в отличие от шахматной партии, не является игрой с нулевой суммой, где всегда есть победитель и побежденный, а является игрой, которая заканчивается либо победой обоих игроков – терапевта и пациента, либо их совместным поражением. Это наводит на мысль о том, что, какое бы средство ни использовал терапевт для выигрыша, даже если это средство кажется преднамеренно манипулятивным, оно имеет глубокое этическое значение, поскольку нацелено на быстрое и эффективное решение проблемы, приносящей страдание пациенту. Все это снимает обвинения в некорректной манипуляции человеком, которые часто выдвигаюися традиционными терапевтами в адрес стратегических.

Книга заканчивается редким для психотерапии систематическим и скрупулезным статистическим анализом результатов применения данной терапевтической модели на большой и дифференцированной выборке субъектов за более чем двухлетний период. Результаты показывают несомненную эффективность данного подхода: он позволяет решить проблему и достичь желаемых результатов в более сжатые сроки по сравнению с общепринятой длительностью психотерапии.

Я считаю, что прочтение данной работы необходимо всем профессионалам, интересующимся психотерапией, основанной на системных и эриксоновских принципах. Но столь же решительно я рекомендую эту книгу и всем тем, кто интересуется, как возникают и решаются человеческие проблемы, поскольку, несмотря на свою профессиональную ориентацию, книга доступна и приятна для чтения, а описанные в ней стратегии применимы не только в психотерапии, но и в других, не только клинических, но и более обыденных межличностных контектах.

Пол Вацлавик
Пало Альто

Глава 1. Если хочешь увидеть, научись действовать

Название этой главы взято из эссе знаменитого кибернетика Хайнца фон Форстера, который считает эту фразу своим эстетическим принципом. Хотя она и была сформулирована в другом контексте (Foerster 1973), тем не менее она содержит в себе то, что я считаю важным аспектом эволюции терапии (пропуск приставки *психо* перед словом терапия не является ошибкой по невнимательности, что я надеюсь объяснить по ходу изложения).

Не знаю, как могло случиться, что в нашей научной дисциплине появилась и затем

приняла догматическую ценность идея, прямая противоположная принципу фон Форстера, а именно: чтобы действовать по-другому, нужно сначала научиться видеть мир по-другому. Какими бы разными и даже противоречащими друг другу ни были классические школы психотерапии и их философские основы, одним из убеждений, которое все они решительно разделяют, является следующее: познание истоков проблемы и ее развития в прошлом является обязательным условием для ее решения в настоящем. Несомненно, *одна* из причин, по которой этот тезис не оспаривается, состоит в том, что он основан на линейной модели научного мышления и исследования. Именно этой линейной модели наука обязана своим головокружительным прогрессом за последние три столетия.

До середины нашего века лишь относительно немногие сомневались в окончательной, по общему мнению, ценности научной концепции мира, основанной на линейной, строго детерминистской причинности. Фрейд, например, не видел причин для сомнений в подобной концепции: «По крайней мере в наиболее древних и наиболее зрелых разделах науки еще и сегодня существует крепкий фундамент, который следует только модифицировать и улучшать, но никак не разрушать» (Freud, 1964). Это утверждение имеет не только исторический интерес. Рассматривая его с перспективы 1989 года, мы осознаем затухание научных парадигм, независимо от того, читали ли мы Куна (Khun, 1970) или нет.

Можно было бы наивно считать, что история XX века не оставила у нас никаких сомнений в том, что иллюзия «обретения окончательной истины» и, следовательно, иллюзия «окончательного решения» порождает ужасные последствия. Однако, эволюция нашего сектора, обычно запаздывающая лет на тридцать, вовсе не пришла еще к такому заключению. До сих пор еще бесчисленные часы «научных» дискуссий и десятки тысяч книжных страниц и научных публикаций тратятся на доказательство того факта, что, поскольку лишь собственный способ видения реальности является правильным и верным, то любой другой человек, видящий реальность по-другому, *следовательно*, не прав.

Хорошим примером подобной ошибки является книга Эдварда Гловера «Фрейд или Юнг?» (Glover E. *Freud or Jung,* 1956), в которой уважаемый автор занимает около двухсот страниц, чтобы сказать то, что можно было бы выразить одной фразой, а именно, что Юнг был неправ, поскольку не соглашался с Фрейдом. Именно это Гловер, в конце концов, утверждает на стр. 190, где пишет: «Как мы увидели, самая существенная тенденция юнгианской психологии заключается в отрицании ею всех важных аспектов теории Фрейда.» Ясно, что написание таких книг должно бы считаться потерей времени, но только подобные авторы и их читатели слишком убеждены в том, что их точка зрения верна и *поэтому* любая другая точка зрения ложна.

Есть и еще кое-что, что эволюция нашей профессии не может оставить без внимания – это догматическое допущение, что раскрытие реальных причин проблемы является *conditio sine qua non* [3] для изменения. Философ Карл Поппер (Karl Popper) назвал автоиммунизирующей предпосылкой, то есть гипотезой, подтверждающейся как собственным успехом, так и собственным провалом, тем самым она становится невозможной для фальсификации. На практике, если в результате того, что в классической теории называется *инсайтом (insight)*, происходит улучшение состояния пациента, этот факт становится доказательством гипотезы, согласно которой необходимо найти в бессознательном подавленные, забытые причины. Отсутствие улучшений в состоянии пациента *доказывает,* что поиск таковых причин углубился в прошлое недостаточно. В любом случае гипотеза побеждает.

Последствием убеждения в обладании истиной в последней инстанции является легкость, с которой верящий в нее человек может отказаться от любой очевидности, этой истине противоречащей. Задействованный здесь механизм хорошо известен философам науки, но обычно игнорируется клиницистами. Хорошим тому примером является рецензия

---

[3] Необходимое условие – (лат.) – *Прим. перев.*

на книгу, посвященную поведенческой терапии фобий: ее кульминацией является утверждение рецензента о том, что автор книги определяет фобии «способом, приемлемым только для теоретиков обусловленности и не удовлетворяющим критериям этого расстройства в психиатрии. Следовательно, его утверждения должны бы применяться не в случае фобий, а в каких-то других условиях» (Salzman, 1968, 476)

Неизбежным становится следующее заключение: если в результате поведенческой терапии наступает облегчение фобического состояния, то данное состояние, *по этой причине,* фобией не является. Возникает ощущение, что иногда более важно спасти теорию, нежели пациента, и приходит на ум высказывание Гегеля: «Если факты не соответствуют теории, тем хуже для фактов» (Возможно, ум Гегеля был слишком возвышен, чтобы не сформулировать подобное утверждение в ироническом тоне. Конечно, я могу и ошибаться, но гегелианский марксизм, безусловно, принимает его трагически всерьез).

И, наконец, мы уже не можем больше не видеть другой *эпистемологической ошибки,* как назвал бы ее Грегори Бейтсон. Уж слишком часто обнаруживается, что ограничения, присущие какой-либо гипотезе, приписываются *феномену,* который, как предполагается, эта гипотеза должна бы объяснять. Например, в рамках психодинамической теории удаление симптома должно непременно привести к замещению и ухудшению этого симптома не потому, что такое осложнение каким-то образом свойственно природе человеческого мышления, но потому, что оно с *необходимостью, логически* задается, исходя из предпосылок этой теории.

Углубляясь в подобные сложные размышления, невозможно не пасть жертвой потрясающей фантазии: а что, если этот знаменитый зеленый человечек с Марса действительно появится и попросит объяснить ему наши техники вызывания изменений в людях, и когда мы представим ему объяснения, не начнет ли он чесать голову (или ее эквивалент) от удивления и не спросит ли, почему мы пришли к таким сложным, запутанным и малоубедительным теориям, вместо того, чтобы сначала исследовать, как изменения происходят в человеке естественным образом – спонтанно, в повседневной жизни? В ответ на этот вопрос я хотел бы указать ему, кто был историческим предшественником этой разумной и практичной идеи, которую фон Форстер так хорошо резюмировал в своем эстетическом императиве.

Одним таким предшественником является Франц Александер, которому мы обязаны важным понятием *эмоционального корректирующего опыта*; он разъясняет (1964): «Во время лечения не является необходимым – да это и невозможно – вызвать каждое вытесненное чувство. Можно достичь терапевтического результата без того, чтобы пациент вспомнил все важные детали своей прошлой истории; на практике хороший терапевтический эффект достигается и тогда, когда не было вытащено на поверхность ни одного забытого воспоминания. Ференци и Ранк одними из первых признали этот принцип и применили его в терапии. Тем не менее, старое убеждение о том, что пациент *страдает из-за воспоминаний,* так глубоко проникло в головы аналитиков, что и сегодня еще многим трудно признать, что пациент страдает не столько из-за своих собственных воспоминаний, сколько из-за своей неспособности справиться с актуальными проблемам. Безусловно, события прошлого проложили дорогу существующим в настоящий момент трудностям, но, в конце концов, любая реакция человека зависит от сформировавшихся в прошлом моделей поведения.»

Далее он утверждает, что «этот новый корректирующий опыт может быть предоставлен трансфертом, новым жизненным опытом или ими обоими» (Alexander e French 1946, 22). Хотя Александер и придает гораздо большее значение опыту пациента в ситуациях трансферта (поскольку такой опыт не является серией случайных событий, но вызывается отказом аналитика возложить на себя роль родителя), тем не менее он признает, что именно внешний мир поставляет те непредвиденные события, что способны вызвать глубокие и длящиеся во времени изменения. И в самом деле, в своей работе «Психоанализ и психотерапия» (Alexander 1956, 92) Александер особо подчеркивает, что «таковой интенсивный и раскрывающий эмоциональный опыт дает нам ключ к пониманию тех

загадочных терапевтических результатов, которые достигаются в значительно более короткие сроки по сравнению с обычно принятыми в психоанализе».

В связи с этим Александер (Alexander e French 1946, 68-70) вспоминает знаменитый рассказ Виктора Гюго о Жане Вальжане в *«Отверженных»*. Вальжана, жестокого преступника, выпущенного на свободу после долгого пребывания в тюрьме, сделавшей его еще более жестоким, застали за кражей серебра в епархии. Его привели к епископу; но вместо того, чтобы осудить вора, епископ очень доброжелательно спрашивает Вальжана, почему тот забыл взять два серебряных подсвечника – часть дара, который епископ ему предназначил. Эта любезность радикально меняет точку зрения Вальжана; все еще под влиянием смятения, вызванного «реструктурированием» ситуации, которое сделал епископ, Вальжан встречает мальчика Жервэ, который, играя с монетами, теряет одну монету в сорок *су*. Вальжан наступает на монету и не дает Жервэ забрать ее. Тот плачет, в отчаянии просит вернуть ему монету и, в конце концов убегает. И только тогда Вальжан понимает, насколько его поведение, которое лишь час назад было бы для него очевидным, теперь, в свете щедрости епископа представляется отвратительно жестоким. Он бежит вслед за Жервэ, но не может найти его.

Гюго объясняет: «Он смутно сознавал, что милость священника была самым сильным наступлением, самым грозным натиском, какому он когда-либо подвергался; что если он устоит перед этим милосердием, то душа его очерствеет навсегда, а если уступит, то придется ему отказаться от той ненависти, которой в течение стольких лет наполняли его душу поступки других людей и которая давала ему чувство удовлетворения; что на этот раз надо было либо победить, либо остаться побежденным, и что сейчас завязалась борьба, титаническая и решительная борьба, между его злобой и добротой того человека. […] Одно было достоверно, в одном он не сомневался: он стал другим человеком, все в нем изменилось, и уже не в его власти было уничтожить звучавшие в нем слова епископа, коснувшиеся его сердца».[4]

Нам нужно иметь в виду, что *«Отверженные»* были написаны в 1862 г., за полвека до появления психоаналитической теории, и было бы смешно утверждать, что епископ был просто-напросто предшественником психоаналитиков. Скорее всего, Гюго показывает нам извечный человеческий опыт глубокого изменения, возникающий в результате чьего-нибудь неожиданного и непредвиденного действия.

Мне не известно, было ли понятие *эмоционального корректирующего опыта* (Александер) явным образом использовано в работах другого видного психиатра и ученого, Микаэля Балинта. Тем не менее, в своей книге *«Базисный дефект»* (1968, 128-129) он упоминает классический случай – кувырок, прекрасно иллюстрирующий подобный опыт. Балинт работал с одной пациенткой, «привлекательной, живой, скорее кокетливой девушкой тридцати лет, главным страданием которой была неспособность достигнуть какой-либо цели». Это отчасти вызывалось ее «парализующим страхом и неуверенностью, которые овладевали ею, когда ей приходилось брать на себя какой-либо риск, как, например, в случае принятия решения». Балинт описывает, как после двух лет психоаналитического лечения «… девушке объяснили, что, по всей видимости, ей было очень важно сохранять совершенно прямую осанку и хорошую опору ступней о землю. На что она ответила, что никогда, начиная с раннего детства, ей не удавалось перекувыркнуться через голову, хотя в течение жизни многократно пыталась это сделать. Я спросил ее: «А теперь?»; и тогда девушка поднялась с дивана и, к своему большому удивлению, сделала совершенный кувырок без всяких затруднений.

Это оказалось настоящим прорывом. За ним последовали многие изменения в ее эмоциональной, социальной и профессиональной жизни, все – в сторону большей свободы и пластичности. Кроме того, она смогла подготовиться и успешно выдержать очень трудный

---

[4] Цит. по: Гюго В. Отверженные. М.: Правда, 1979 г. Том I, стр. 124-125.

экзамен по профессиональной специализации, нашла себе жениха и вышла замуж».

Балинт на протяжении еще нескольких страниц старается показать, что это значимое немедленное изменение тем не менее не противоречит теории предметных отношений. «Я хочу подчеркнуть – заключает он – тот факт, что *удовлетворение не заместило интерпретацию,* а было добавлено к ней» (стр. 134).

Первое значительное отклонение в эволюции нашего понимания того, как изменяется человек, произошло в 1937 г., когда Жан Пиаже опубликовал свою основную работу *«Конструирование реальности в детском сознании».*[5]

В этой работе Пиаже на основании тщательных наблюдений показывает, что ребенок, вместо того чтобы формировать у себя образ мира при помощи восприятия, а затем действовать в соответствии с ним, в буквальном смысле строит свою реальность с помощью исследовательских действий. Для иллюстрации этого тезиса здесь будут приведены лишь немногие моменты огромной, детальной работы Пиаже. В тот период, который Пиаже называет третьей стадией развития представлений о предмете, в возрасте от трех до шести месяцев, «ребенок начинает хватать то, что видит, подносить к глазам предметы, которые он трогает; короче говоря, он начинает координировать свой визуальный мир с осязательным» (Piaget 1973, 13).

Далее Пиаже утверждает, что эти действия приводят к более высокому *уровню постоянства объекта.* «У ребенка начинает формироваться более высокий уровень постоянства образов исчезнувших предметов, поскольку он ожидает вновь найти их не только в том же самом месте, где они были оставлены, но и по ходу траектории их движения (реакция на падение, прерванный захват и т. д.). Однако при сравнении данной стадии с последующими, нами выявлено, что этот феномен постоянства объекта остается связанным исключительно с проделываемым действием и не подразумевает еще идею существования объекта самого по себе, независимого от сферы активности организма. Единственное, что может предположить ребенок, это то, что, продолжая поворачивать голову или наклоняя ее, он увидит некий, только что исчезнувший образ, что опуская свою руку, он опять встретит испытанное им незадолго до этого тактильное впечатление и т. д.»

И дальше (стр. 42-43): «Действительно, на этой стадии ребенок не знает механизма собственных действий и, следовательно, не отделяет их от самих предметов; он знает лишь их общую и недифференцированную схему (которую мы назвали схемой ассимиляции), включая в единичный акт как данные внешнего восприятия, так и внутренние впечатления, которые являются по своей натуре аффективными, *кинестетическими* и т. д.

[…] Мир ребенка являет собой еще только общность фигур, которые возникают из ничего в момент действия, чтобы вернуться в ничто в тот момент, когда действие окончено. К этому добавляется лишь то обстоятельство, что образы сохраняются дольше, чем раньше; расширяя их, он или вновь открывает исчезнувшие образы, или предполагает, что они доступны в такой же ситуации, в которой началось проходящее действие».

Трудно переоценить значение открытий Пиаже для нашей работы. В последовательном представлении результатов своих исследований Пиаже показывает, что результатом исследующих *действий* является не только идея внешнего мира, существующего независимого, самого по себе, но и развитие основных понятий (таких как причинность, время), и, наконец, как он это называет, *построение реальности*. В этом случае становится очевидным, что различные действия могут привести к построению различных реальностей. Тем не менее, прежде чем рассматривать этот аргумент, необходимо упомянуть о некоторых вехах эволюционного развития терапии.

Может показаться слишком вычурным, если я для этого вернусь в те времена, когда Блэз Паскаль в *«Мыслях»* развил аргументацию, известную сегодня под названием *пари Паскаля*. Она интересна для нас, психологов, поскольку, несмотря на теологическую

---

[5] *La construction du réel chez l'enfant.*

формулировку, взята из проблемы, очень близкой к нашей области. Паскаль рассматривает древний вопрос, каким образом верущий может прийти к вере, и отвечает: *с помощью самого себя или через самого себя*. Его совет очень интересен: *веди себя так, как будто ты уже веришь*, например, молись, пользуйся святой водой, участвуй в таинствах и так далее. Вера придет в результате этих действий. И, поскольку есть хотя бы малая вероятность того, что Бог существует, не говоря уже о потенциальной выгоде (умственная умиротворенность и конечное спасение), ставка в этой игре очень мала. «Что вам терять?», риторически спрашивает он.

Пари Паскаля дает начало многочисленным аргументациям, спекуляциям и трактатам. Позвольте мне упомянуть один из них.

В своей завораживающей книге *«Улиссы и сирены»* норвежский философ Йон Элстер (Elster J., 1983, 47-54) подхватывает мысль Паскаля и идет еще дальше, чтобы подчеркнуть тот факт, что невозможно принять решение верить во что-то без необходимости *забыть* об этом решении: «Следствие этого утверждения заключается в том, что решение верить может быть успешно претворено в жизнь, только если оно сопровождается решением забыть, а именно: решением забыть о решении верить. Оно так же парадоксально, как и решение верить […]. Самой эффективной процедурой было бы начать один случайный процесс с двойным эффектом: заставить верить и сделать так, чтобы забыть о том, что подобный процесс когда-то был начат. Просьба загипнотизировать себя служит одним из подобных механизмов […]» (стр. 50)

Это является узловым моментом моей темы. Забыть сознательно является чем-то невозможным. Однако сделать так, чтобы причина, импульс или подсказка для этого действия происходила извне, как бы являясь не своим сознательным действием, а скорее результатом случайного события или подсказкой другого человека – другими словами, в комуникативном взаимодействии с другим человеком, – это уже совсем другой разговор.

Теперь мне следовало бы рассмотреть эволюцию современной системной терапии, которая больше не задает вопрос: «*Почему* конкретный пациент ведет себя таким странным, иррациональным образом?», но скорее спрашивает: «В каком типе человеческой системы это поведение имеет смысл и, может быть, является единственно возможным поведением?», и еще: «Какие попытки решения данной проблемы до сих пор предпринимала система?». Однако рассуждения на эту тему сделали бы беспредельным мое изложение. Я ограничусь только подчеркиванием того, что в этом случае терапия мало имеет – если вообще имеет – дело с понятиями, выраженными в терминах, начинающихся с приставкой *психо*, такими как психология, психопатология, психотерапия. Поскольку здесь в игру вступает не только индивидуальная, монадическая *psiche*, но и те надиндивидуальные структуры, которые рождаются из взаимодействий между индивидами.

Я хочу сказать этим, что в подавляющем большинстве случаев проблемы, которые мы хотим решить путем изменений, не являются проблемами, относящимися к свойствам предметов или ситуаций – *к реальности первого порядка*, как было предложено ее называть (Watzlawick 1976, 140-142). Они относятся к значению, смыслу и ценности, которые мы придали этим предметам или ситуациям (их *реальность второго порядка*). «Мы озабочены не вещами самими по себе, а мнением, которое мы имеем об этих вещах», говорил Эпиктет уже 1900 лет назад. Мало кому из нас не известен ответ на вопрос о разнице между оптимистом и пессимистом: о заполненной до половины бутылке оптимист говорит, что она наполовину полная, а пессимист утверждает, что она наполовину пуста. Реальность первого порядка – содержащая вино бутылка – одна и та же, но две реальности второго порядка сильно различаются и фактически представляют два разных мира.

С этой точки зрения можно сказать, что всякая терапия заключается в привнесении изменений в те способы, которыми люди построили свои реальности второго порядка (реальности, в истинности которых они целиком и полностью уверены).

В традиционной психотерапии стараются достигнуть этого результата с помощью использования языка индикативов, то есть языка описания, объяснения, сравнения,

интерпретации и так далее. Это язык классической науки и линейной причинности. Однако, этот язык не очень подходит для описания феноменов нелинейных, системных (например, человеческих отношений). Еще меньше этот язык подходит для сообщения о новом опыте и его осмыслении, которые находятся за пределами индивидуальной реальности, постороенной человеком на основе прошлого опыта.

Но существует ли какой-либо другой язык? Ответ на этот вопрос дает, например, Джордж Спенсер Браун (Brown G.S., 1973) в своей книге *«Законы формы»*, в которой он почти между строк определяет концепцию языка предписаний. Беря за точку отправления математическое сообщение, он пишет (стр. 77): «На этом этапе может помочь констатация того, что первичной формой математического сообщения является не описание, а предписание. В этом смысле можно провести сравнение с таким практическим искусством, как кулинария, где вкус пирога, хотя и не поддающийся словесному описанию, может быть передан читателю в форме набора инструкций, называемого рецептом. Музыка является подобной формой искусства: композитор даже не пытается описать набор звуков, о которых он думает, и еще менее того – описать совокупность чувств, вызываемых с их помощью, но он пишет комплекс команд, которые, если читатель им следует, могут привести его к воспроизведению изначального опыта композитора.»

Далее Браун комментирует роль языка предписаний в формировании ученого: «Даже естественные науки кажутся гораздо больше зависящими от предписаний, чем мы готовы признать. Инициация человека науки состоит не столько в чтении соответствующих текстов, сколько в следовании предписаниям типа: посмотри в этот микроскоп. Тем не менее для ученого является совершенно нормальным, что после того, как он посмотрит в микроскоп, он может описать другому ученому и обсудить с ним то, что он увидел, а также писать статьи и книги, посвящая их описаниям увиденного» (с. 78).

Иначе говоря, если нам удается мотивировать субъекта к осуществлению действия, которое само по себе кажется выполнимым, но которое он не выполнял, потому что в его реальности *второго порядка* выполнение данного действия не имеет никакого смысла и причины, тогда реализуя это действие субъект испытает нечто такое, что никакое объяснение и никакая интерпретация не смогли бы заставить его увидеть и испытать. И тем самым мы дошли до Хайнца фон Форстера и до его императива: *«Если хочешь увидеть, научись действовать»*.

Бессмысленно говорить о том, что люди могут упорно сопротивляться выполнению подобного действия. Классическим тому примером являются современники Галилея, которые отказывались смотреть в его телескоп, поскольку они *знали* и не глядя: утверждения Галилея о том, что он видит в телескопе, не могут соответствовать их представлениям об устройстве мира (в их реальности второго порядка это была идея геоцентризма). Помните, «если факты не подходят к теории, тем хуже для фактов»?

Для тех, кто знаком с работами Милтона Эриксона, концепция языка предписаний не представляет собой ничего нового, если не считать ее предназначения. Во второй половине своей профессиональной карьеры Эриксон в целях достижения терапевтического изменения все чаще использовал прямые предписания поведения, не вводя пациента в состояние транса. Будучи настоящим мастером по обходу сопротивления, он оставил нам важнейшее правило: «Изучи и используй язык пациента».

Это тоже является радикальным отклонением от классической психотерапии, в которой на начальном этапе лечения большое количество времени посвящается попыткам обучить пациента новому «языку» – системе понятий той школы терапии, к которой относится терапевт. Только когда пациент начнет мыслить в терминах этой эпистемологии, формируя на ее основе представления о самом себе, своих проблемах, своей жизни, – в результате, таким образом, структурированной работы можно будет добиться терапевтических изменений. Что и говорить, подобный процесс может занять много времени. В гипнотерапии имеет место обратное явление; терапевт изучает язык пациента, его конструкцию реальности (как мы сегодня можем это назвать) и затем дает внушение на этом же языке, сводя таким

образом сопротивление (и затраченное время) до минимума.

Изучение языка предписаний – за пределами его использования в терапии – мы находим в работах австрийского философа Эрнста Малли. В своей книге *Grundgesetze des Sollens* (1926) Малли развил теорию желаний и предписаний, которую он назвал «деонтической» логикой. Другой важный вклад в развитие этого предмета можно найти в работе британского философа Джона Л. Остина (Austin J.L., 1962). В своих знаменитых Гарвардских лекциях (1955) он выделил определенную форму коммуникации, которую назвал «перформативным [6] речевым актом» (*«Performative speech acts»*) или «перформативным высказыванием» *(«Performative sentences»).* «Термин *перформативный* может быть использован множеством способов и в различных сочетаниях, так же как и термин *императивный.* Естественно, термин происходит от глагола *perform*[7], который обычно сопровождает существительное *action*: это означает, что произнесение высказывания уже само по себе является выполнением действия, а не только, речью в ее обычном понимании» (стр. 6).

Например, когда я говорю, что он обещает вернуть мне книгу завтра, я описываю (на языке индикатива[8]) действие, речевой акт, осуществленный этим человеком. Но если я говорю «я обещаю вернуть книгу завтра», утверждение «я обещаю» само по себе является обещанием, действием. В терминологии Остина первый пример (описание) определяется как констатация, в то время как второй пример – исполнительный вербальный акт. В четвертой лекции Остин подчеркивает разницу между утверждениями «я бегу» и «я извиняюсь». Первое является простым вербальным отчетом об определенном действии; второе является само по себе действием, является извинением. Можно привести и другие примеры из повседневной жизни: «я беру эту женщину в законные супруги»; «я называю этот *корабль «Королева Елизавета»»,* «я оставляю эти часы в наследство моему брату». Во всех этих перечисленных вербальных актах, и в бесчисленном множестве других, им аналогичных, достигается конкретный результат, в то время как высказывание «наступает зима» не вызывает реального наступления зимы. Естественно, для того чтобы осуществить и сделать эффективным «перформативный» вербальный акт, необходимо конкретизировать много предварительных условий. Например, разочарования и обманы из прошлой жизни могут вызвать у меня сомнения в обещании; нельзя просить извинения в саркастическом, высмеювающем тоне; церемония названия корабля должна быть процедурой, принятой в данной культуре. Но в том случае, когда эти условия реализуются, тогда посредством перформативного высказывания в буквальном смысле создается реальность; и любой человек, который впоследствии, говоря о корабле *«Королева Елизавета»,* называл бы его *«Иосифом Сталиным»,* считался бы в некотором смысле ненормальным.

Здесь я лишь поверхностно коснулся работы Остина в этой специфической сфере лингвистики, то есть только слегка намекнул на его идею о том, «как словами делать вещи». Однако я надеюсь, что и такое краткое цитирование показало плодотворность идей Остина и их значение для нашей работы.

Удивительным феноменом человеческого ума эффектом являются так называемые «предсказания, которые самореализуются», известные неортодоксальным терапевтам и агентам биржи, но не тем, кто занимается составлением метеорологических прогнозов: воображаемый эффект вызывает конкретные последствия; будущее (а не прошлое) определяет настоящее; предсказание события приводит к его осуществлению (Watzlawick

---

[6] *Перформатив* (сущ., лингв.) – глагол, употребление которого в первом лице настоящего времени означает непосредственное совершение названного действия, например: «Я обещаю».

[7] Здесь: исполнять, выполнять (обещание, приказание и т. п.); делать, совершать.

[8] *Индикатив* (сущ., лингв.) – изъявительное наклонение глагола.

1988).

Я уверен в том, что язык предписаний будет играть центральную роль в структуре современных терапевтических техник. Естественно, он всегда занимал это место в гипнотерапии. В самом деле, что есть гипнотическое внушение, если не предписание вести себя «как если бы» что-то действительно имело место? В результате это «что-то» возникает (то есть становится реальным), как будто оно было действительно выполнено. Но это же эквивалентно заявлению, что предписания могут в буквальном смысле конструировать реальность и что именно они – как это происходит со случайными событиями, – могут оказывать воздействие не только на человеческие жизни, но и на космическую, и на биологическую эволюцию. В связи с этим многое можно было бы сказать по поводу самоорганизации, то есть о том, что Пригожин (Prigogine, 1980) называет *рассеивающими структурами;* однако этот предмет превосходит мою компетенцию и выходит за рамки данной работы. Но почему же существует такое значительное различие между тем, что возникает изнутри меня самого, и тем импульсом, что приходит извне? На этот вопрос можно ответить по-разному, но ни один из ответов не является убедительным. То, что это так, не является секретом: в нашей собственной жизни нам случается создавать те же самые проблемы, которые наши так называемые пациенты создают в своей жизни.

Тем не менее, вернемся к Паскалю – в его поведенческой норме есть три слова, заслуживающие внимания. «Веди себя так, *как если бы* ты уже верил». Эти слова ясно показывают немного притворный характер начального этапа вмешательства подобного типа. И именно этот притворный характер порождает сомнения. В основном, выдвигается следующее возражение: даже если вмешательство и окажется успешным, тем не менее его эффект не может быть длительным. Это же только притворство! Рано или поздно, и скорее – рано, оно столкнется с жесткими фактами реальности и будет побеждено. А вот и контр-аргумент: идея ввести внутрь ситуации гипотезу «как если бы» и тем самым достигнуть конкретных результатов совсем не нова. Она относится как минимум к 1911 году, когда немецкий философ Ханс Вайхингер опубликовал свою работу, название которой переводится *«Философия «как если бы»»*[9].

Если бы важность этих идей не была признана Альфредом Адлером (и, в меньшей степени, Фрейдом), то их применение в нашей сфере могло бы быть названо терапией *как если бы*, или терапией «запланированных случайных событий».

То, что Вайхингер излагает примерно на восьмистах страницах, содержит в себе поразительное количество примеров, взятых как из разных отраслей науки, так и из повседневной жизни. Эти примеры показывают, как мы всегда действуем, опираясь на недоказанные положения, которые, несмотря на это, приводят к конкретным, практическим результатам. Не существует и никогда не будет найдено никакого доказательства того, что человек действительно обладает свободным суждением и, следовательно, отвечает за свои действия. Как бы то ни было, мне не известно ни одного общества, культуры или цивилизации, прошлой или настоящей, в которой люди не вели бы себя *как если бы* это было на самом деле, поскольку без такого практичного притворного положения был бы невозможен сам социальный порядок. Идея квадратного корня из минус единицы является совершенно притворной. Ее не только невозможно интеллектуально вообразить, но она и нарушает основные принципы арифметики; тем не менее математики, физики, инженеры, компьютерные программисты и другие специалисты без особых волнений включили это притворство в свои уравнения, приходя к очень конкретным результатам, таким как, например, современная электроника.

Правила и модели взаимодействий, которые семейный терапевт или системный терапевт думает, что наблюдает, со всей очевидностью, лишь *читаются* им в наблюдаемых феноменах – они не присутствуют там *на самом деле*. Тем не менее, проведение терапии *как*

---

[9] *Die Philosophie des Als-Ob.*

если бы эти модели существовали, может привести к конкретным и быстрым результатам.

Таким образом, вопрос больше не заключается в том, «какая терапевтическая школа права?», а в том, «какое положение *как если бы* приводит к лучшим конкретным результатам?».

Возможно, мы близки к упадку догмы. А может быть, и нет. Во всяком случае, можно заявить, что в эволюции нашей науки этот способ концептуализации и попытки решения человеческих проблем перспективен и начинает завоевывать внимание, поскольку традиционные техники решения проблем, кажется, достигли пределов своей полезности.

Мы начинаем применять такие методы и в том случае, который может быть определен как специфическая патология больших систем. Их применение к некоторым самым срочным и угрожающим проблемам нашей планеты – поддержание мира или сохранение биосферы – кажется не такой уж утопией.

Тем не менее, подобные попытки слишком часто компрометируются теми же основными ошибками, которые обуславливают провал клинической работы, а именно: представлением о том, что раз проблема имеет такие гигантские пропорции, то некоторые шансы на успех может иметь лишь в такой же степени титаническое и трансцендентное решение. Но все как раз наоборот! Если посмотреть на историю последних веков, начиная с Французской революции или даже с Инквизиции, то мы увидим, что всякий раз без исключения прямым результатом грандиозных и утопических попыток улучшить мир становились наихудшие жестокости. То, что Карл Поппер называет *политикой маленьких шагов*, неприемлемо для идеалистов и идеологов. Помните афоризм, который часто цитировал Грегори Бейтсон: «Кто хочет делать добро, должен делать его в маленьких частностях. Всеобщее благо – это алиби патриотов, политиков и мошенников». Чтобы убедиться в этом, достаточно понаблюдать за природой. Большие изменения всегда приводят к катастрофам.

Негэнтропия (или *анотропия,* как предпочитает называть ее, во избежание двойного отрицания, мой афинский друг Георг Василиу) работает терпеливо, молчаливо, маленькими шагами; тем не менее, она является силой, поддерживающей эволюцию, самоорганизацию и все увеличивающуюся сложность вселенной. Я думаю, что если мы, терапевты, начнем считать себя *«служителями негэнтропии»,* то мы выполним нашу функцию оптимальным образом – лучше, чем когда мы выполняем ее в качестве предполагаемых «улучшителей мира» или «гуру». Хайнц фон Форстер (1973) определил эту функцию в своем этическом императиве: *«Действуй всегда так, чтобы увеличить возможность выбора».*

Много веков назад эта точка зрения была выражена в одной замечательной истории. Суфий Абу Бакр после своей смерти является во сне одному из своих друзей. *«Как обошелся с тобой Бог?»,* – спросил его друг. Суфий ответил: *«Как только я предстал перед Его троном, Он спросил меня: «Знаешь, почему я прощаю тебя?» Я сказал: «Из-за моих добрых деяний?» – и Бог ответил: «Нет, не за это». Я спросил: «За мое искреннее обожание?» – и Бог сказал: «Нет». Тогда я спросил: «Из-за моего паломничества и моих странствий в поисках знаний и с целью просвещения других людей?» – и Бог вновь ответил: «Нет, не за все это». Тогда я спросил Его: «Господи, почему же тогда Ты простил меня?». И Он ответил: «Ты помнишь, как однажды морозным зимним днем ты гулял по улицам Багдада и увидел голодного котенка, который отчаянно искал защиты от ледяного ветра, и ты пожалел его, поднял его, положил себе за пазуху и принес к себе домой?». Я ответил: «Да, Господи, помню». И Бог сказал: «Поскольку ты был добр к этому котенку, Абу Бакр, я прощаю тебя».* (Schimmel 1983, 16)

Глава 2. «Ереси» стратегического подхода: основные характеристики стратегической терапии

Золотое правило:
Не должно судить людей по их мнениям, но по тому, что эти

мнения из них делают.

Г. К. Лихтенберг, *Книжечка утешений*

Настоящая тайна мира заключается не в невидимом, а в том, что на виду.

О. Уайлд, *Афоризмы*

Думаем, что на данном этапе читателю уже стало ясно, насколько изложенное выше вступает в прямой конфликт с традиционными концепциями психотерапии, и насколько тот, кто руководствуется представленными идеями и теоретическими перспективами, является самым настоящим «еретиком» по отношению к теории и практике классической психотерапии.

Именно так оно и есть, мы тоже считаем, что стратегический подход к терапии психических и поведенческих расстройств является «ересью» по отношению к большей части психотерапевтических моделей.

В связи с этим, прежде чем углубиться в детальное изложение, представляется необходимым четко отметить на карте точки главных отличий этого «еретического» способа мышления по отношению к теоретико-прикладной ортодоксальности, присутствующей в современной панораме психотерапии.

Первая ересь

Чтобы познать истину, необходимо представить себе множество фальши. Ибо что такое истина? В религии – это просто пережившее других мнение. В науке – это последнее сенсационное открытие. В искусстве – это наше последнее состояние души.

О. Уайлд, *Афоризмы*

Терапевт, следующий стратегическому подходу к человеческим проблемам, может справедливо считаться «еретиком» (еретик, в этимологическом смысле слова, есть «тот, кто имеет возможность выбора»), поскольку он не позволяет заключить себя ни в клетку ригидной модели, интерпретирующей «человеческую натуру», ни в клетку ригидного и ортодоксального психологического и психиатрического моделирования. Стратегический подход к терапии, прямо обращаясь к современной конструктивистской философии (Bannister, 1977; Elster, 1979; Von Glasersfeld, 1979, 1984; Von Foerster, 1970, 1973, 1974, 1987; Kelly, 1955, Maturana, 1978; Piaget, 1970, 1971, 1973; Riedl, 1980; Stolzenberg, 1978; Varela, 1975, 1979, и в Watzlawick, 1981; Watzlawick, 1976, 1981) основывается на констатации невозможности любой отрасли науки предложить какое-то одно абсолютно «верное» и «окончательное» объяснение реальности, и на констатации того, что эта реальность, напротив, в значительной степени определяется пунктом наблюдения исследователя (субъекта).

Существует не *одна единственная реальность*, но *множество* реальностей, в зависимости от пункта наблюдения и от инструментов, использованных для этого наблюдения. С точки зрения этой эпистемологической перспективы отвергается любая модель, интерпретирующая и нивелирующая в абсолютистском смысле натуру и поведение человека, поскольку любая модель этого типа попадает в ловушку «автореферентности» (самооправдания). Говоря словами эпистемолога Поппера, никакая теория не может найти подтверждение внутри самой себя с помощью своих собственных инструментов и избежать при этом «невозможности фальсификации». [10] Кроме того, с помощью термина

---

[10] По этому поводу полезно напомнить читателю, что «начиная с 1931 года, когда Гедель, основываясь на Principia Mathematica, опубликовал свою знаменитую теорему неразрешимости, нам пришлось расстаться с надеждой на то, что любая система, достаточно сложная для того, чтобы включить в себя арифметику (или, как

«автоиммунизирующие теории и постулаты» Поппер элегантно выразил феномен, относящийся к тем теоретическим моделям, которые иммунизируют сами себя от возможности фальсификации. Это такой тип теорий, которые являют собой самые настоящие замкнутые, всевключающие системы, внутри которых можно найти объяснение всему. Однако именно в силу этой их характеристики такие теории возвышаются до уровня религиозных концепций, но не являются моделями научного познания. Как заметил Бейтсон (1984): «Наука – это способ восприятия, организации и осмысления наблюдаемого при построении субъективных теорий, ценность которых не является окончательной».

Для клинициста теория должна быть не неопровержимой истиной, а серией гипотез относительно окружающего мира, частичными точками зрения, полезными для описания и организации наблюдаемых фактов и для воспроизведения терапевтического успеха, но подлежащими коррекции в случае неуспеха. В связи с этим полезно вспомнить, что «именно психологами, посвятившими себя изучению того, *как* мы познаем, введено понимание того, что человеческие существа в качестве «мыслящих организмов» воздействуют не непосредственно на встречаемую ими реальность, а на перцептивные преобразования, формирующие их опыт в окружающем мире. Следовательно, «категоризации», «схемы», «определения», «выводы», «эвристика» и язык составляют различные системы представлений, с помощью которых мы можем реализовать различные конфигурации и объяснения мира. Так же как – если этот пример допустим – телескоп и радиотелескоп предлагают различное представление об одних и тех же небесных телах и об их свойствах». (Salvini в Fiora *et al.* 1988, 7).

Стратегическое мышление не основывается на теории, которая, описывая «человеческую натуру», развивает понятия поведенческого и психиатрического «здоровья» или «нормы» в отличие от патологии, как это происходит в традиционных теориях психотерапии. Напротив, стратегическое мышление интересует функциональность человеческого поведения в случае экзистенциальных проблем и проблем взаимоотношений с другими индивидами, в терминах восприятия и отношений, которые каждый индивид переживает по отношению к самому себе, к другим людям и к окружающему миру. Стратегическое мышление интересуется объектами (субъектами) не «в себе», а «в отношениях», поскольку мы убеждены в невозможности изъятия субъекта из контекста взаимодействий. Обращаясь к знаменитой метафоре фон Глазерсфельда: находясь перед замочной скважиной, нас интересует не замочная скважина «в себе» – ее натура и внутренняя конституция, нам интересно лишь найти ключ, который ее открывает.

В фокусе внимания стратегического терапевта находятся *отношения*, или, лучше сказать, *взаимозависимые отношения*, которые каждый человек переживает с самим собой, с другими людьми и с окружающим миром. Заданной целью является их хорошее функционирование не в общих и абсолютных терминах нормальности, а в терминах персональной реальности, различающейся от индивида к индивиду и от контекста к контексту.

Таким образом, стратегии всегда приспосабливаются к ситуации, а не ситуация адаптируется к соответствующим теориям.

Следовательно, «ересь» заключается в переходе от «закрытых» теоретических систем к «открытым» теоретическим системам, от концепции «научной истины» к концепции «вероятности»; от детерминизма «линейной зависимости» к пластичности «круговой

показал Тарский, любой достаточно сложный язык), могла бы доказать свою логичность внутри своей собственной структуры. Такое доказательство может происходить только извне и должно основываться на дополнительных аксиомах, предположениях, понятиях, сравнениях и т. д., которые изначальная система не может создать или доказать, а сами они, в свою очередь, доказуемы лишь прибегая к еще более широкой структуре, и так далее по бесконечно регрессирующей цепи метасистем, метаметасистем и так далее. Согласно основным постулатам Principia Mathematica, любое утверждение о каком-либо множестве (а доказательство логичности является такого типа утверждением) предполагает все элементы множества и, следовательно, не может быть, не должно быть выражением этого множества». (Watzlawick et al. 1974, 38)

зависимости»; от «ортодоксальности» к «методологическому сомнению».

Другими словами, по нашему мнению, совершается переход от подхода *верующего* фидеиста к подходу свободного от иллюзий *исследователя,* убежденного в том, что главный критерий оценки и проверки терапевтической модели заключен не в ее «теоретической архитектуре» или в «глубине» предпринятого ею анализа, но в ее эвристической ценности и ее способности к реальному вмешательству, измеряемой в терминах эффективности и быстроты решения проблемы, к которой она применяется.

Вторая ересь

Человек в такой степени совершенствуем и подкупаем, что может сойти с ума с помощью своего разума»
Г.К. Лихтенберг, *Книжечка утешении*

С этой точки зрения (следующая ересь) задача терапевта заключается не в анализе «глубинного» и не в поиске причин проблемы с целью выявления скрытых истин, а в том, чтобы понять, *как* действует проблема и *как* можно изменить затруднительную для субъекта, пары или семьи ситуацию. Осуществляется переход от содежания к процессам, для чего важно скорее знать, *как делать,* нежели знать, *почему.*

Иначе говоря, роль терапевта заключается в том, чтобы помочь пациенту решить проблему и чтобы пациент с помощью этого опыта стал способным адекватно решать другие проблемы, которые он может встретить в дальнейшем.

Сначала разрушается «колдовство» проблемы, а затем пациент обучается построению собственных способностей не поддаваться другому «колдовству» или дисфункциональным системам восприятия и действия.

В этой связи в зоне особого интереса находятся исследования и теории, относящиеся к «изменению», к тому, как оно происходит спонтанно и как его можно вызвать осознанно (Watzlawick *at all.* 1967, 1974). Следовательно, особое внимание уделяется нашему восприятию реальности и практическим аспектам наших взаимоотношений с этой реальностью; тому, как с помощью этих процессов создаются проблемные ситуации и, наконец, тому, как с помощью тех же самых процессов становится возможным эти проблемные ситуации разрешить. Отправным пунктом служит убеждение в том, что психическое или поведенческое расстройство субъекта определяется его восприятием реальности: его точкой зрения, которая обуславливает, как он воспринимает (или лучше – конструирует) реальность, на которую он реагирует дисфункциональным или так называемым «психопатологическим» поведением. Зачастую дисфункциональное поведение является, по мнению субъекта, его наилучшей возможной реакцией в определенной ситуации.

Это означает, что зачастую именно «предпринятые попытки решения» поддерживают или обостряют проблемы (Watzlawick *at all.* 1974).

Терапевтическое вмешательство заключается в сдвиге точки зрения субъекта с её изначальной ригидной и дисфункциональной перцептивно-реактивной позиции на позицию более гибкую, неригидную и с большими перцептивно-реактивными возможностями. (Здесь уместно вернуться к конструктивисткому и «этическому» императиву фон Форстера: «Всегда веди себя так, чтобы увеличить возможность выбора».)

Изменение перспективы приводит к изменению в восприятии реальности, которое изменяет саму эту реальность, определяя таким образом изменение всей ситуации и реакции на неё. Вышесказанное означает, что следует сделать более пластичным, неабсолютистским восприятие и реакции субъектов – таким образом, чтобы они были в состоянии решать проблемные ситуации, избегая ригидности и упорного повторения ошибок. Иначе говоря, субъект приобретает способность бороться с проблемой, разрабатывая целый спектр различных возможных стратегий ее решения, начиная с применения той стратегии, которая

кажется наиболее подходящей, но оставляя за собой право заменить ее другой, если первая не действует, пока не будет достигнуто решение проблемы. Как уже хорошо было известно Ницше много десятилетий назад: «Все, что абсолютно, принадлежит патологии», – следовательно, даже если в определенной ситуации некий способ показал себя эффективным в решении проблемы, в другой, новой ситуации он может только усложнить ее.

И действительно – ригидная перцептивно-реактивная система проблемного субъекта часто проявляется в упорном использовании одной стратегии, которая кажется ему способной решить проблему или которая в прошлом была эффективной при решении схожих проблем, но это приводит лишь к постоянному воспроизведению самой проблемы.

Такая ригидная перцептивно-реактивная система [11] может также выражаться в использовании одного или нескольких «хороших» решений, которые универсально применяются к различным проблемам с очевидным результатом нерешенности последних, все более осложняющихся растущей неуверенностью в возможности их решить. Может показаться странным и парадоксальным, но часто именно усилия, направленные на изменение ситуации, поддерживают ее неизменной или усугубляют ее проблематичность. В обоих случаях, человек ведет себя как герой следующего анекдота. Пьяный человек ищет под фонарем потерянный ключ. Прохожий предлагает ему свою помощь, и они долго и безуспешно ищут ключ под фонарем. Немного утомившись, прохожий спрашивает у пьяного, потерял ли он ключ именно здесь. «Нет, я потерял его там», – отвечает пьяница и показывает в темноту. «Тогда почему ты ищешь его здесь?» – спрашивает прохожий. «Потому что здесь светлее», – отвечает пьяный. Как писал Оскар Уайльд: «Именно наилучшие намерения приводят к наихудшим последствиям».

Из вышеизложенного становится ясно, что первой терапевтической акцией должно стать разрушение ригидной перцептивно-реактивной системы пациента через разрушение механизма «предпринятых попыток решения», поддерживающих проблему, и разрушение запутанности межличностных взаимодействий, выстроенных на этой основе. В результате этого изменения происходит когнитивная переоценка ситуации и пережитого опыта.

Что касается терапевических процедур и процессов, то на этом этапе мы добрались до следующей «ереси» по отношению к ортодоксальной психотерапевтической теории и пректике.

Третья ересь

Чтобы подвергнуть испытанию реальность, ее нужно заставить ходить по натянутой проволоке, и только тогда будет можно ее судить, когда она станет акробатом.

Оскар Уайльд. *Афоризмы.*

Представляется очевидным, что там, где используется радикально отличающаяся от классических психологических и психиатрических концепций теория относительно устойчивости и изменяемости человеских проблем, становятся также совершенно отличными от классических форм психотерапии сответствующие ей *процедуры* (стратегии, направленные на провоцирование изменений) и *процессы* (эволюционные фазы изменения).

Это различие объясняется тем фактом, что на уровне терапевтических процедур и процессов стратегический подход является результатом применения в области клинической практики математической теории *логических типов* (Whitehead, Russel, 1910-1913), *теории систем* и современной *кибернетики* (Wiener, 1947; Ashby, 1954, 1971; Bateson, 1956, 1964, 1967,1972; Foerster, 1974), и он основывается на концепции *круговой причиности, обратной связи* между причиной и следствием и на принципе *прерывистости* изменения и роста.

---

[11] Способ восприятия реальности и соответствующие ему реакции пациента. – *Прим. пер.*

С этой точки зрения, которую из-за ограниченного объема книги мы не можем здесь изложить[12], представляется абсурдным общепринятое убеждение в том, что проблемы и трудности, созревшие в течение длительного периода, требуют для своего решения столь же длительного терапевтического вмешательства. Абсурдно и убеждение в том, что приносящие множество страданий, сложные человеческие проблемы требуют столь же сложного и выстраданного решения. В то время как за основу берется уверенность в том, что система не может найти решения проблемы внутри самой себя, не избегая периодического повторения и производя при этом только *изменение первого типа*, но не *изменение второго типа*[13], которое и является конкретным решением проблемы. Такое изменение требует выхода из системы, скачка на другой уровень, который невозможно осуществить внутри самой системы, где действут проблема.

Здесь мы, чтобы прояснить данный «концентрат» концепций и ссылок и наше понимание термина «изменения» в терапии, неизбежно рискуя повториться, должны привести цитату из книги «*Изменения*» (Watzlawick, Weakland, Fisch 1974), тем более что эта работа является основополагающей для стратегического подхода к терапии. Для более углубленного теоретического знания рекомендуется чтение данной работы.

По нашему мнению, не существует лучшего примера, иллюстрирующего стратегический подход к решению проблем и его фундаментальное отличие от других форм терапии, чем «задача с девятью точками».

В задаче дается девять точек, (см. рис. 1). Точки нужно соединить четырьмя прямыми линиями, ни разу не отрывая карандаша от бумаги. Читатель, который никогда не встречался с этой задачей, может взять лист бумаги и попытаться найти ответ, не продолжая чтения и не заглядывая в приведенное на рис. 2 решение.



Рис. 1

«Почти все те, кто пытается в первый раз решить эту задачу, вводит в качестве необходимой части ее решения гипотезу, которая делает ее решение невозможным.

Эта гипотеза заключается в том, что точки образуют квадрат, и что решение должно находиться *внутри* этого квадрата; это условие самозадается решающим задачу субъектом, и никоим образом не присутствует в инструкции». Этот квадрат является частью ригидной

---

[12] Рекомендуются следующие работы: Вацлавик, П. и др. Прагматика человеческих коммуникаций, 2000. Idem, Change, 1974. G.Bateson, Mente e natura, 1980.

[13] «Существует два разных типа изменений: один из них проявляется внутри данной системы, оставляя неизменной саму систему, в то время как другой тип, когда он проявляется, изменяет саму систему.

Приведем пример такого различия в терминах поведения: человек, которому снится кошмар, может многое делать во сне: бежать, прятаться, бороться, кричать, прыгать в пропасть и т. д., но никакой переход от одного из этих действий к другому не может положить конец самому кошмару. Мы будем называть такое изменение *изменением первого типа*. Единственный способ выйти из кошмара предполагает изменение от состояния сна к состоянию бодрствования. Состояние бодрствования больше не является частью сна, а представляет собой переход к совершенно другому состоянию. С этого момента мы будем называть такое изменение *изменением второго типа*». (Watzlawick, 1974, 27).

логической схемы субъекта, заключающей в себе систему возможных решений внутри квадрата. «Следует искать причину неуспеха не в невозможности решения задачи, а скорее в выбранном способе решения. После того как создается эта проблема, в каком бы порядке и направлении ни проводились линии, в конце концов всегда остается хотя бы одна несоединенная точка. Это означает, что можно пройти всю гамму возможностей изменения первого типа, существующих внутри квадрата, но задача в результате остается нерешенной. Её решением является изменение второго типа, которое предусматривает выход за пределы поля: решение не может заключаться внутри самого себя, поскольку, выражаясь языком *Principia Matematica,* предполагает все элементы коллекции и, следовательно, не может быть ее частью». (Watzlawick, 1974, 39). Чтобы решить проблему девяти точек, субъект должен выйти за пределы собственной логической схемы, которая запирает его внутри заданного им самим квадрата.

«Лишь немногим удается самостоятельно решить задачу девяти точек. Те, кто пасует после неудачных попыток решения, обычно поражаются его простоте. Нам кажется здесь очевидной аналогия со многими ситуациями реальной жизни. Каждый из нас уже побывал запертым в подобных ситуациях, и не имеет никакого значения, пытались ли мы найти решение спокойно и рассудительно или же, что более вероятно, в поиске решения мы исступленно ходили по замкнутому кругу. Но, как уже было упомянуто, только находясь внутри «клетки», только с точки зрения изменения первго типа решение может показаться неожиданным, удивительным, неконтролируемым. С точки зрения изменения второго типа для решения необходимо просто переструктурировать множество исходных данных в другое множество такого же логического типа. Первое множество содержит в себе правило, что задача должна быть решена внутри предполагаемого квадрата; тогда как второе множество такого правила не содержит. Другими словами, решение можно найти, исследуя *гипотезы о точках, а не сами точки.* Или же, пользуясь философскими терминами, становится очевидным, что совсем не одно и то же – считать себя пешками в игре, правила которой мы называем реальностью, или же считать себя игроками в игре, правила которой, как нам известно, являются «реальными» только в той мере, в которой мы их установили и приняли, да к тому же еще нам известно, что мы можем их изменять». (Watzlawick *at al.,* 1974, 39).

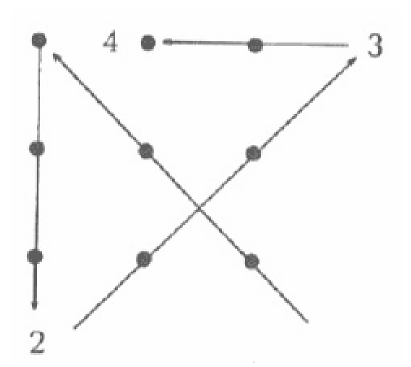


Рис. 2. Решение

Здесь будет полезно сравнить этот тип изменений и решения проблем с гипотезами классических школ психотерапии. «Обычно считается, что изменение достигается благодаря инсайту – внезапному озарению в понимании причин, которые в прошлом определили существующую в настоящий момент проблему. Однако, как было показано на примере «задачи девяти точек», нет никакой действительной причины для того, чтобы осуществить эту экскурсию в прошлое; генезис той гипотезы, при помощи которой субъект сбивается с верного пути, исключая для себя возможность найти решение задачи, не имеет решающего значения; проблема решается здесь и сейчас, выходом за пределы «клетки». Кажется, что клиницисты все больше осознают тот факт, что даже если инсайт и способен дать очень утонченные *объяснения* системы, то его вклад в улучшение системы очень невелик. Это ставит перед нами важный эпистемологический вопрос. Известно, что ограниченность

любой теории вызывается постулатами, на которые она опирается. В психиатрических теориях чаще всего таковые ограничения приписываются человеческой натуре. К примеру, в психоаналитическом подходе избавление от определенного симптома, без разрешения относящегося к нему конфликта, который определяет данный симптом, *должно* привести к замещению симптома. И не потому, что подобное осложнение заложено в натуре человеческой психики, а потому, что оно заложено в натуре *теории,* то есть в логических умозаключениях, вытекающих из теоретических предпосылок». (Watzlawick *at al.,* 1974, 40).

Стало быть, со стратегической точки зрения, человеческие проблемы могут быть решены с помощью сфокусированных, целенапрвленных стратегий, которые разрушают круговую систему взаимодействий, поддерживающую существование проблемы. При таком разрушении дисфункционального равновесия произойдет изменение в поведении и в представлениях субъекта, запутавшегося в проблемной ситуации. Это будет вызвано изменением точки наблюдения реальности, и, как следствие, модификацией перцептивно-реактивной системы, которая поддерживалась в действии «попытками решения», предпринятыми самим же субъектом для избавления от дискомфортной ситуации.

Необходимо «заставить» пациента уйти от ригидной перспективы восприятия, подведя его к другим возможным перспективам, определяющим новую реальность и новые решения, как было показано на примере задачи с девятью точками.

Чтобы добиться этого, нет необходимости в длительных и трудоемких глубинных раскопках в поиске предполагаемой – всегда требующей подтверждения – «изначальной травмы», по устранении которой проблемы пациента тоже должны исчезнуть. Не является необходимым также медленный и прогрессивный процесс «подготовки» инсайта в поиске гипотетической стадии высшего самоосознания, представляющего собой конечное решение всех проблем. Такие процедуры основываются на представлениях о линейной причинности и на детерминистском отношении между причиной и следствием, которое, между прочим, уже преодолено во всех продвинутых научных дисциплинах – от биологии до физики.

Небходимыми же являются прямые и непрямые предписания поведения, парадоксы, поведенческие ловушки, внушение и рестутурирование, которые, разрушая ригидность когнитивной системы и системы отношений, поддерживающей проблематичную ситуацию, позволяют совершить скачок логического уровня, необходимый для открытия новых путей к изменению, с вытекающим из него личностным развитием и новым психологическим равновесием. Как утверждает Милтон Эриксон (1973 в Watzlawick *at al,* 1974, 7), «психотерапия не ставит перед собой основной целью осветить прошлое, являющееся неизменным, но ею движет скорее неудовлетворенность настоящим положением дел и желание предложить лучшее будущее. Каким должен быть радиус действия и направление терапии, не могут знать ни терапевт, ни пациент. Известно, однако, что необходимо изменить данную ситуацию, и, когда удается добиться одного изменения, даже очень небольшого, становятся необходимыми дальнейшие изменения меньшей важности, цепная реакция которых вызывает последующие более важные изменения в соответствии с потенциалом данного пациента. Чтобы понять собственное поведение и поведение других людей, жизненно важным представляется установить, идет ли речь о временных изменениях, или же о завершенных стабильных изменениях, или же о феноменах, которые могут еще развиваться, вызывая последующие изменения. Я рассматриваю большую часть моей работы как содействие изменениям, уже бродящим внутри одного человека или семьи, однако нуждаются в «неожиданном», «нелогичном», «внезапном» толчке, если желательно, чтобы они вылились в конкретный результат».

Следствием этой перспективы (абсолютная ересь) является тот факт, что терапевт берет на себя ответственность прямого влияния на поведение и представления субъекта, пришедшего за помощью. С этой целью, в интересах пациента, терапевт пользуется наиболее эффективными методами и стратегиями коммуникации для изменения предъявленных пациентом проблемных ситуций. Мы специально остановимся на этой теме в четвертой главе. Тем не менее, уже сейчас необходимо прояснить следующее:

1. В стратегической терапии терапевт берет на себя инициативу во всем, что происходит во время лечения, и разрабатывает особую технику при работе с каждой отдельно взятой проблемой. Для него главным практическим вопросом должен стать следующий: какая стратегия будет лучше действовать в данном конкретном случае? (Haley, 1976, 1).

2. Мы убеждены в том, что если терапия эффективна, то некоторые изменения должны проявиться быстро, уже на первых шагах терапевтического вмешательства. Если этого не происходит, очень вероятно, что используемая терапевтическая стратегия не действует и необходимым заменить ее другой, которая представляется более функциональной.

3. От терапевта требуется большая умственная пластичность, объединенная с широким репертуаром стратегий и техник терапевтическорго вмешательства, которые, как мы увидим, происходят из различных прикладных секторов классической психотерапии. Это позволит изменять курс, когда данные показывают, что мы сбились с желаемого направления, и разрабатывать стратегии специально для каждого случая (ad hoc[14]), иногда творчески изменяя техники, успешно примененные в похожем случае. Как уже было сказано, следует адаптировать терапию к пациенту, а не пациента к терапии.

Четвертая ересь

Гораздо труднее говорить о какой-то вещи, нежели сделать ее.
О. Уайлд, *Афоризмы*

Следующая ересь, относящаяся к стратегиям и процессу изменений, заключается в том, что б*о*льшая часть психотерапевтических направлений, проникнувшихся идеей «когнито-центризма» (приоритет мысли по отношению к действию), отталкивается от той предпосылки, что действие следует за мыслью; следовательно, чтобы изменить неправильное поведение или проблематичную ситуацию, нужно сначала изменить мышление пациента, и только после этого можно изменить его действия. Отсюда предполагается необходимость инсайта, процедур анализа психики и всех этих техник, направленных на «осознание» и «рационализацию» действия.

Со стратегической точки зрения, которая является позицией радикального конструктивизма, этот процесс переворачивается с ног на голову. То есть здесь мы отталкиваемся от убеждения в том, что для изменения проблемной ситуации следует сначала изменить *действие*, и, как результат этого, мышление пациента, или, точнее, его точку зрения, или «рамку» восприятия реальности. Здесь мысль возвращается к фон Форстеру и к его эстетическому императиву.

Когда мы учимся новому, то именно конкретный опыт определяет изменение нашего образа восприятия и реакций по отношению к реальности. В этом отношении мы считаем, что все труды Жана Пиаже ясно показывают, что обучение новому происходит в процессе, который отправляется от опыта к осознанию. Только после того, как происходит изменение, или обучение новому, осознание позволяет повторить его и применять осознанно.

Следовательно, мы вовсе не намерены отрицать влияние мысли и познания на действие, но мы утверждаем, что изменение перцептивно-реактивной ситуации сначала должно пройти фазу конкретного опыта и лишь после этого стать когнитивным багажом. Естественно, под *опытом* подразумевается не ограниченная физикалистская концепция сенсомоторной акции, но все то, что мы переживаем в отношениях с другими людьми и с окружающим миром. Сильная эмоция, вызванная отношением или общением с другим человеком, является, к примеру, новым конкретным опытом, который может сместить точку зрения пациента на реальность. Случайное происшествие в нашей привычной

---

[14] *Ad hoc (лат.)* – специальный; для данной цели.

повседневности или сильное внушение могут стать примерами конкретного опыта, изменяющего рамки нашего восприятия реальности, то есть перцепцию-реакцию в данной конкретной ситуации.

Стало быть, стратегический терапевт прагматически ориентирован на действие и на имеющую приоритет ломку системы дисфункционального взаимодействия, которую пациент переживает в отношениях с самим собой, с другими людьми и с окружающим миром. Терапевт движется к этой цели через конкретное переживание пациентом нового перцептивно-реактивного опыта. Сначала необходимо произвести эффективные изменения в перцептивно-реактивной системе субъекта, чтобы затем перейти к переопределению на когнитивном уровне того, что было пережито в опыте, – в прагматическом синтезе личного влияния терапевта на пациента и постоянного побуждения последнего к личной автономии. В этом отношении инсайт или осознание причин проблемы на первых шагах терапевтического процесса рассматриваются как дающие нежелательный эффект, поскольку они повышают сопротивление пациента изменениям. Любая система, по принципу гомеостаза, сопротивляется изменению. Позволить ей осознать изменение, прежде чем оно на самом деле произойдет, означает ее насторожить. Поэтому, как будет продемонстрировано в дальнейшем, ломка перцептивно-реактивной системы и механизма предпринятых попыток решения проблемы должна произойти так, чтобы пациент этого не заметил и этого себе не объяснил, что позволяет обойти его сопротивление. Только после того, как изменение произошло, становится возможным все объяснить пациенту и позволить ему осознать «поведенческие ловушки» и «доброкачественные обманы», использованные терапевтом.

Чтобы яснее показать различия в «процедуре» и в «процессе», существующие между стратегической терапией и другими психотерапевтическими направлениями, приведем клинический пример: в работе с пациентом, страдающим агорафобией, традиционный подход прибегает к интрапсихическому исследованию страха и его причин в прошлом пациента; после этого при помощи рационализации и объяснений субъект постепенно подводится к реальному столкновению со своим страхом и провоцирующими его ситуациями.

Обычно при использовании такого *процесса* требуются месяцы, а иногда и годы, для того, чтобы субъект вышел из своей несчастливой ситуации. Согласно же стратегическому подходу в терапии, такому пациенту может быть предписано выполнять во время приступов тревожности или паники задание, ставящее его в весьма неловкое, а поэтому должное вызывать повышение уровня тревожности, положение. Как правило, на следующую сессию пациент приходит с чувством вины за невыполненное задание, докладывая терапевту что – странным образом – он в эти дни не страдал от симптома, по поводу которого обратился за терапией. Посредством «доброкачественного обмана», который *вынудил* пациента вести себя иначе, произошла ломка ригидной системы восприятия реальности, которая принуждала пациента к симптоматической реакции. С этого момента пациент, – независимо от того, сделал ли он это сознательно или нет, – на собственном опыте испытал, что он может управлять страхом, который раньше казался неуправляемым. Терапия становится краткой и буквально с первых сессий эффективной в уменьшении симптома. При помощи конкретного опыта пациент приобретает веру в возможность изменения своей личной ситуации.

Здесь мы возвращаемся к изначальной концепции: именно действие, или опыт, приводит к изменению, которое затем укрепляется и осознается.

Стратегическая терапия похожа на партию в шахматы между терапевтом и пациентом с его проблемами, последовательность ходов в которой нацелена на достижение специфических результатов. После каждого «изменения» или достигнутого результата переходят к переопределению и самого изменения, и ситуции в процессе ее развития. Используя стратегию за стратегией, терапевтическая программа развивается, следуя поставленным целям, и ее необходимо переориентировать на основании наблюдаемого эффекта, с тем чтобы выявить и применить ту стратегию, которая будет эффективной для

определенной проблемы в определенный момент терапии.

Как в шахматах существуют определенные комбинации ходов в зависимости от определенного первого хода противника, так и в терапии существуют особые программы стратегий для специфических проблем, предъявляемых пациентом (в пятой главе приводятся два примера). В обеих «играх» – в шахматах и в терапии – также существуют особые стратегии, при помощи которых реагируют на ходы противника, ходы и контр-ходы. Однако часто творческий подход игрока (терапевта) должен изменить систему предсказуемых ходов, чтобы найти новые, неожиданные, *кажущиеся нелогичными* выигрышные стратегические решения среди бесконечной гаммы возможных комбинаций комуникативного взаимодействия между двумя или более персонами – таким образом, чтобы сложность игры и гамма возможностей увеличивалась, становясь необъятной. Это еще раз должно привести читателя к размышлениям о том, что стратегический подход является не просто серией эффективных «рецептов», а планом решения человеческих проблем, который не ставит задачей окончательное исчезновение всех проблем в жизни пациента (по нашему мнению, тот, кому это удается, не принадлежит человеческому роду), а нацеливается на решение конкретных проблем, которые время от времени люди могут встретить на своем жизненном пути. Это не применение простых рецептов или трюков фокусника, но творческая адаптация логических принципов формирования и решения проблем к каждому конкретному индивиду и контексту.

Процесс терапии заканчивается «матом» проблеме, представленной в начале терапии, а пациент усваивает ряд «процедур», с помощью которых он может самостоятельно играть и выигрывать этот определенный вид партий. Как говорил Бейтсон (1972): «Жизнь есть игра в игру, цель которой – раскрыть правила, которые постоянно меняются и никогда не могут быть раскрыты».

Глава 3. Краткая история эволюции стратегического подхода

1. Истоки стратегического подхода в терапии

Чтобы наблюдать самые простые, но настоящие отношения между предметами, необходимы очень глубокие знания. И совсем не странно, что только необыкновенные люди умалчивают об этих открытиях, которые потом кажутся такими легкими и простыми.

G.C. Lichtenberg, *Книжечка утешений*

Если мы хотим добраться до истоков стратегического подхода, мы можем выбирать между двумя путями.

Первый путь заключается в рассмотрении не только специфического *ars curandi*[15], но и в обращении к традиции «стратегического» мышления, корни которой уходят в глубину человеческой истории. Под стратегическим мышлением мы понимаем не просто специфическую философскую школу, а тот подход в мышлении (*«liberal thinking»)*, который основывается на непоколебимой «пластичности», отрицающей какую бы то ни было форму «абсолютного», так же как любую не подлежащую обсуждению «истину» – на этом основании такой подход интересуется функционированием вещей с прагматической и свободной от иллюзий позиции. Это то, что мы имеем в виду, употребляя термин «радикальный конструктивизм». Предшественников этого стиля мышления можно найти в греческой философии – начиная с досократовского периода и до софистов и Эпикура, так же как и на Востоке – в буддизме и дзен. Стратегическое направление мышления пересекло всю историю человеческой культуры, от ее истоков до наших дней, благодаря голосу и личности многих его представителей.

Такая историческая и философская перспектива, вне всякого сомнения, заслуживает углубленного изучения, однако это выходит за пределы данной работы и за пределы компетенции ее авторов.

Вторая возможность – начать с более современного специфического приложения «стратегического» и «конструктивистского» мышления к пониманию «человеческой натуры» и ее проблем и, как следствие, к области психических и поведенческих расстройств.

С этой точки зрения становится очевидным, что отцом стратегической терапии без тени сомнения является Милтон Эриксон. В течение своей поразительной, продолжавшейся более сорока лет карьеры гипно- и психотерапевта, он разработал множество стратегий и техник вмешательства для решения проблем психического и поведенческого характера в краткие сроки.

Признанный наивысшим авторитетом в области изучения и применения гипноза, М.Эриксон с гениальностью перенес в прикладной сектор клинической практики свои открытия и наблюдения, относящиеся к феноменам гипноза и внушения, и особенно те из них, которые относятся к особым свойствам некоторых типологий языка или терапевтического общения и которые играют роль самого настоящего гипнотического внушения, способного привести пациента к быстрым и эффективным изменениям. До недавнего времени в работах Эриксона менее всего был известен разработанный им *стратегический* подход к лечению отдельных пациентов, пар и семей: не прибегая к *формальному* использованию гипноза, а используя свой особый стиль, остающийся глубоко связанным с *его собственной* концепцией гипноза как психосоциального и межличностного феномена и поэтому свободного от ауры тайны и «магического ритуала». Эта концепция выражается в особом стиле терапевтического общения, основывающемся на изысканных формах вербального и невербального языка. М.Эриксон не сформулировал своей теории «человеческой натуры», или, лучше сказать, теории личности, поскольку считал, что каждый субъект представляет собой неповторимое существо с личным опытом и совершенно индивидуальными способами восприятия и переработки реальности. В связи с этим, следуя его точке зрения, клинические исследования должны принимать это в расчет, а стратегии вмешательства всегда должны адаптироваться к конкретному субъекту, к контексту его взаимоотношений и к его жизненному опыту.

«Стратегическая терапия не является особой концепцей или теорией: под этим названием подразумевается тот тип терапевтического вмешательства, при котором психотерапевт берет на себя ответственность непосредственного влияния на пациента». (Haley, 1972, 8). В рамках стратегической перспективы Эриксона не существует теоретических предубеждений или замкнутости в жесткие системы, претендующие на исчерпывающее описание человеческой натуры, хотя и представляется очевидной тесная связь его подхода с теорией комуникации и особенно с системным подходом в семейной терапии. Эриксон, являясь не теоретиком, а, очевидно, прагматиком, не оставил никакой написанной им работы, относящейся к его персональной модели психотерапии, хотя ее и можно проследить, читая огромное количество опубликованных им статей и специфических исследований о гипнозе с описанием многих клинических случаев. Его техники и стратегии, или, даже можно сказать, его личная манера проведения терапи, представляют собой наилучшую демонстрацию стратегического подхода к лечению психических и поведенческих расстройств. Многие авторы сделали попытку формализовать его терапевтический подход на теоретико-прикладном уровне.

Однако, представляется вполне вероятным, что эти авторы (Bandler e Grinder, 1975; Bergman, 1985; Haley, 1967, 1973, 1985; Lankton, 1983; Rabkin, 1977; Ritterman, 1983; Rosen, 1982; Erickson, Rossi 1979, 1982; Simon *et al*., 1985; Watzlawick, 1977, 1985; Zeig, 1980, 1985, 1987) вписали работы Эриксона внутрь своих собственных теоретико-прикладных концепций, в связи с чем было бы уместнее говорить о вдохновленных работами Эриксона подходах в терапии, а не о терапии Эриксона в узком смысле этого слова.

Мы считаем необходимым уточнить, что в рамках данной книги из работ Эриксона мы используем его формулировки и систематизацию, относящиеся к интеракционистской перспективе, или к прагматике общения, поскольку именно с ней мы имеем дело, говоря о стратегической терапии.

И действительно – стратегическая модель является плодом эволюционного синтеза системных теорий, исследований семьи и общения, проведенных школой Пало Альто под руководством Бейтсона и Джексона, и клинической практики и исследований феномена гипноза М.Эриксона.

Как считает кибернетик фон Форстер (1987), коперниковская революция в психологии и психиатрии 50-х годов, представленная интерактивно-системной формулировкой, произошла не

только благодаря исследованиям группы психологов, но она явилась плодом пересечения новаторских открытий в различных отраслях науки: в антропологии, в исследованиях общения Бейтсона; в киберентике и физике, в теориях Эшби, фон Форстера и др.; в эриксоновских исследованиях клинического гипноза.

По утверждению Хейли (1973), Эриксон был не только отцом стратегической терапии, но и техническим вдохновителем многих терапевтических процедур, свойственных системной семейной терапии. В то время как Бейтсон считается отцом теории интерактивно-системного подхода в психологии и психиатрии, Эриксон является учителем, к которому обращаются за стратегиями в клинической практике для изменения дисфункциональных состояний в краткие сроки. Как уже было сказано выше, его работы характеризовались постоянным поиском и применением в клинике идей и интуитивных находок, приведших к разработке целого арсенала техник терапевтического вмешательства, которые часто используются в стратегической терапии. Стало быть, с точки зрения теоретической формулировки представленная здесь психологическая модель может быть определена и как системно-стратегическая, поскольку мы считаем подход Пало Альто в семейной терапии и оперативные процедуры Эриксона явно дополняющими друг друга.

Таким образом, на основании уже перечисленных научных открытий и экспериментов развилась новая концепция реальности и ее восприятия индивидом и, соответственно, родился новый способ рассматривать психологическую и психиатрическую проблематики, особенно в отношении формирования расстройств и освобождения от них.

Из-за недостатка места в рамках данной работы мы ограничимся перечислением лишь некоторых моментов упомянутой объемной теоретико-прикладной модели, анализируя, в частности, ее эволюцию вплоть до построения современной модели стратегического подхода в терапии.

2. Системная революция в психотерапии

В основе теории системного подхода в психотерапии и вытекающей из нее практики заложено рассуждение о том, что все классические психологические и психиатрические теории, как и другие научные концепции, проникнуты эпистемологией своей эпохи, и характеризуются тем, что основаны на первом законе термодинамики «поскольку их внимание направлено почти исключительно на феномены сохранения и трансформации энергии. Понятие причинности, принятое в их теоретических моделях, является непременно линейным, односторонним» (Watzlawick, 1976, 7), и, следовательно, событие А определяет событие Б, событие Б приводит к В – и так далее – от прошлого к настоящему, к будущему. Таким образом, с точки зрения этой теоретической перспективы любой тип объяснения или исследования события должен прибегнуть к анализу прошлого, поскольку оно является причиной настоящего. Только понимание прошлого, согласно этим теориям, может привести к пониманию и возможному изменению настоящего. Но в 50-е годы другая эпистемология завоевывает все большее признание внутри научного сообщества. Эта эпистемология, «вместо того, чтобы опираться на понятие энергии и вытекающую из него одностороннюю причинность, основывается на концепции информации, то есть порядка, модели, негативной энтропии, в данном случае на втором законе термодинамики. Ее принципы являются кибернетическими, ее причинность является причинностью кругового типа, основанной на принципе обратной связи, и поскольку информация представляет собой ее центральный элемент, она обращается к процессам комуникации в системах, понимаемых в широком смысле слова, и, следовательно, также в системах человеческого общения, таких как, например, семья, различные организации и даже международные отношения.» (Watzlawick, 1976, 8).

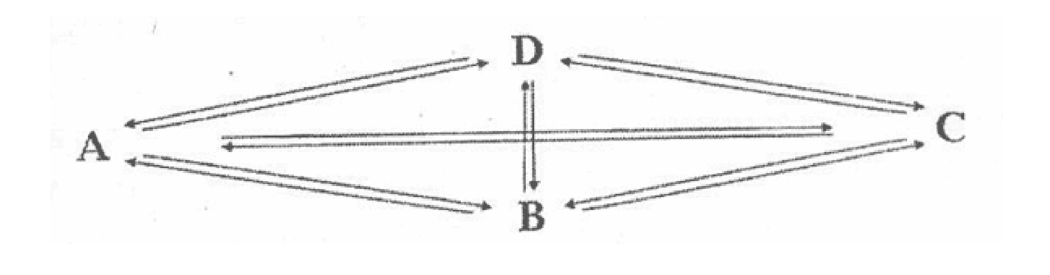
Если наблюдать поведение человека с точки зрения системного подхода и кибернетики, то есть рассматривая отдельных индивидов не как предмет в себе, снабженный собственной «детерминированной» схемой развития и поведения, а как взаимно влияющих друг на друга существ, взаимодействующих внутри системы отношений или в контексте, характеризуемом постоянным и взаимным обменом информации, то совершенно меняется классическая перспектива исследований человеческой личности и поведения. Анализ индивида «в себе», вне его отношений с другими индивидами и вне контекста его ситуации, представляется невозможным. Как в математике некое число существует только в зависимости от своей функции

в операциональном контексте и в своем отношении с другими числами, так и отдельный индивид выражает самого себя и свое поведение в зависимости от своих взаимодействий с другими индивидами и с окружающим его миром.

К этому наблюдению общего характера следует добавить понятие обратной связи, а именно – ту особенность всех живых существ, находящихся внутри системы комуникации, благодаря которой они являются не просто чистыми отправителями или получателями информации, но также всегда посылают и получают обратную связь относительно отправленного или полученного сообщения. Обратная связь – это возвращающееся к отправителю сообщение, определяющее круговорот информации и взаимовлияний между субъектами коммуникации. В результате продуцируется причинность кругового типа, внутри которой не существует чисто причинно-следственных отношений, а наблюдается более сложная форма взаимной причинности между задействованными во взаимоотношении переменными. Таким образом, преодолевается ограничивающий принцип односторонности и линейной причинности, представленный графически следующим образом:



а) в пользу недетерминистской концепции, соответствующей современным эпистемологическим теориям *круговой причинности*, графически представленной так:



б)

В данном случае процесс принимает круговую форму взаимоотражения (реверберации) посредством системы обратной связи между переменными. Когда вступает в игру такой круговой процесс, перестает существовать начало и конец, а имеет место лишь система взаимного влияния между переменными. Из этого вытекает необходимость изучения феномена во всей его глобальности, с учетом того, что каждая переменная всегда проявляет себя в зависимости от ее отношений с другими переменными и от контекста ситуации. Отсюда следует констатация: сумма отдельных частей не эквивалентна целому, и изоляция единичной переменной для изучения ее характеристик непременно приводит к редукционизму и к искажениям в познании, в результате чего не формируется целостного представления об особенностях единичной переменной и не происходит реконструкции всего процесса взаимоотношений. В связи с этим возникает необходимость изучения феноменов взаимодействия, поскольку именно они вместе с индивидуальными характеристиками переменных определяют протекание процесса и проявление каждой отдельной переменной. Только посредством наблюдений за этой динамикой взаимодействий и за управляющими ею правилами можно получить корректное представление об отдельных феноменах и об их происхождении.

Из этих теоретических предпосылок становится очевидным новаторство и альтернативность системной теории по отношению к классическим психологическим и психиатритеческим концепциям, ибо все они направлены на анализ интрапсихического и на анализ отдаленного прошлого, рассматриваемого в качестве детерминирующих и односторонне направленных причин поведения человека в настоящий момент.

Таким образом, произошел переход к совершенно новому – и даже революционному по отношению к старым концепциям – способу рассмотрения событий. Как уже упоминалось, это

произошло внутри различных научных дисциплин, и благодаря этому переходу был достигнут альтернативный и новаторский способ концептуализации человеческих проблем, нашедший свое выражение в такой области психотерапии как семейно-системная терапия.

Внутри этой модели терапевтического вмешательства главный фокус внимания больше не направлен на анализ причин в прошлом, а концентрируется на общении и на его проявлении в настоящий момент.

Вне всякого сомнения, вдохновителем данной концепции был Грегори Бейтсон, сформулировавший данный тезис в совместной работе со своей исследовательской группой и в сотрудничестве с Д.Джексоном и применивший его в области прикладной психологии и психиатрии.

Исследовательская группа Бейтсона применила принципы, разработанные в кибернетике и антропологии, к изучению семей, в которых кто-то страдал эмоциональными расстройствами. Так из эмпирических находок и вследствие смещения теоретической проспективы (от классической точки зрения в психиатрии, которая вписывает дисфункциональное поведение в рамки клинических расстройств, к антропологической перспективе, которая старается объяснить роль и функционирование такого поведения в его специфическом контексте) родилась гипотеза, в дальнейшем ставшая теорией, согласно которой в основе «психического» расстройства лежит дисфункциональное общение субъекта, имеющего расстройство, с остальными членами его главной референтной группы. Таким образом, фокус внимания сместился с единичного субъекта, рассматриваемого как система «в себе», к индивиду как системе, взаимодейтсвующей с другими системами внутри более сложной и структурированной системы отношений («психопатологическое поведение не существует у изолированного индивида, оно является лишь одним из видов патологического взаимодействия между индивидами» (Watzlawick *et al.*,1967).

В результате всего этого в психотерапии произошел переход от внутреннего *(внутриличностного)* к внешнему *(межличностному)*. От ретроспективного анализа, направленного в прошлое, к изучению правил, регулирующих взаимодействие *здесь* и *сейчас;* от вопроса *почему* возникла проблема к вопросу о том, *что из себя представляет* и *как может быть изменена* существующая проблема, от экстремальной пассивности терапевта к применению его личного влияния для изменения проблемной ситуации.

Следовательно, под *психотерапией в стратегическом подходе понимается изменение существующей в группе людей дисфункциональной системы отношений на основе скрупулезного изучения межличностного общения.* Для достижения изменений применяются парадоксальные или иной раз кажущиеся лишенными логики действия или предписания.

«Изучая общение, можно выявить его «патологии» и показать, что именно они вызывают патологическое взаимодействие. Может так случиться, что человек попадает под влияние двух протоворечивых приказов, заключенных в одном и том же сообщении: в парадоксальном сообщении. Если человек не в состоянии отделаться от подобного *двойного ограничения*, его ответом на такое сообщение станет патологическое поведение, проявляющееся во взаимодействии». (Watzlawick *et al.*, 1967)

Данная ситуация является типичным примером знаменитого «двойного ограничения»[16] (*double bind)*, существование которого в виде формы дисфункционального общения было выявлено группой Бейтсона в так называемых *семьях с психопатологической трансакцией*. Каким бы образом ни ответил на сообщение с двойным ограничением субъект, закованный в узы подобной системы комуникации, он неизменно испытывает состояние диссонанса, поскольку сама структура полученного сообщения не дает ему возможности найти не порождающий тревоги и чувства вины выход из ситуации. Как подчеркивается Джанаттасио и Ненчини (Giannattasio, Nencini, 1983), понятие «двойного ограничения», лежащее в основе формирования концепции системной семейной терапии, обладает большим и эффективным *эвристическим* могуществом, то есть имеет прогностическое значение, а не только подтверждает изначальную гипотезу апостериори[17], как это свойственно многим концепциям в психотерапии.

Помимо этого знаменитого понятия группа исследователей, возглавляемая Бейтсоном и Джексоном (в дальнейшем он основал Институт исследований психики в Пало Альто и стал его первым директором), выявила многие другие интерактивные типологии, оказывающие эффект, подобный ситуации двойного ограничения: тактики, игры, симметрии и прочие механизмы

общения, вынуждающие субъекта, как правило более слабого в группе, к структурированию патологического поведения. Из подобных эмпирических наблюдений и теоретических формулировок выросла модель семейной терапии, базирующаяся именно на терапевтическом вмешательстве, нацеленном на разблокирование постоянно повторяющихся ситуаций в системе дисфункционального общения. Подобные вмешательства чаще всего базировались на использовании парадоксальных сообщений, таких как «предписание симптома», и прочих процедур, например, «двойной терапевтической ловушки» т. **Д.**

Одно из революционных новшеств, внесенных системной терапией в клиническую практику по сравнению с другими подходами в психотерапии, заключается в использовании одностороннего зеркала и видеозаписи сессий. Это дает нам возможность вновь подчеркнуть методологическую и эпистемологическую корректность системного подхода, как на уровне исследований, так и на уровне процедур терапевтического вмешательства.

Начав с предварительного наблюдения семей с патологичной трансакцией, группа Пало Альто, подобно Бейтсону, использовала видеозапись и внимательно изучала семейные взаимодействия всей исследовательской командой. При дальнейшей разработке стратегий терапевтического вмешательства для лучшего изучения феноменов общения в семье к привычной видезаписи была добавлена техника одностороннего зеркала, чтобы группа исследователей могла непосредственно наблюдать, как протекает сессия и подсказывать терапевту стратегии и предписания с помощью интерфона. Таким образом, на практике сессия проводится не одним терапевтом, который лично переживал терапевтическое взаимодействие, но целой командой, состоящей из терапевта и группы, сидящей за зеркалом.

Все это, несомненно, обеспечило более системную и контролируемую, опирающуюся на работу группы терапевтическую практику. Кроме того, видеозапись позволила в последующем изучать клинические взаимодействия, на практике это дает реальный и объективный материал для разработки стратегий терапевтического вмешательства.

Очевидно, что данная методологическая практика сильно отличается, как в терапии, так и в клиническом исследовании от всех форм практики, принятых в других терапевтических моделях, где абсолютно запрещено подключаться к терапевтическому сеансу, а для того, чтобы узнать детали, нужно удовольствоваться отчетом терапевта. Последний, как бы он ни старался быть честным, в своем отчете подчеркнет все замеченные им детали своей работы, но потеряет большую часть информации, которую можно получить из прямого наблюдения терапевтического взаимодействия. Таким образом, акцент будет сделан лишь на одной части работы, и мало внимания будет обращено на остальное, причем, именно та часть работы, которая окажется в фокусе внимания, скорее всего, будет находиться в большем согласии с психологической теорией, принятой терапевтом.

Тот, кто занимается исследовательским наблюдением, знает, как тяжело собирать данные и быть объективным, даже находясь во внешней по отношению к ситуации позиции. Мы представляем себе, насколько задача становится тяжелее, когда наблюдатель полностью задействован в терапевтическом взаимодействии; как правило, такая форма «участвующего наблюдения» ведет к значительному искажению в сборе данных, и чаще всего, обеспечивает подтверждение теоретической гипотезы терапевта. Как говорил Эйнштейн, «именно теория определяет то, что мы наблюдаем».

Теоретико-прикладные утверждения системной модели, напротив, базируются на эмпирическом изучении семейного и терапевтического взаимодействия, проведенном посредством вышеописанных процедур. Следовательно, можно утверждать, что таковая формулировка выстраивается на жестких эпистемологических критериях, соответствующих современному развитию философии науки. Кроме того, можно сказать, что в процедурах изучения и исследования системная модель опирается на достоверные и допускающие проверку инструменты и методологии, что отличает ее от большинства других принятых в психологии и психиатрии моделей.

3. От семейной терапии к стратегической терапии

После этого краткого введения в историю возникновения и развития системной терапии читателю легче будет понять, каким образом данные теория и практика пересекаются с исследованиями гипноза и с клинической практикой М.Эриксона. И, как уже было сказано,

понять, каким образом связаны между собой работа знаменитого гипнотизера и теоретико-прикладная формулировка группы Пало Альто относительно сртатегий изменения.

По этому поводу стоит вспомнить, что Грегори Бейтсон, Джей Хейли и Джон Уикланд в рамках знаменитого проекта по исследованию общения внимательно изучали тип терапевтического взаимодействия Эриксона, его стратегии и идеи относительно психологической и психиатрической проблематики. В те годы Эриксон был на вершине своей карьеры гипно- и психотерапевта, но особенно он был знаменит своими почти чудотворными терапевтическими вмешательствами, которые основывались на непривычных стратегиях, находившихся в явном контрасте с классическими психотерапевтическими процедурами, отличаясь от последних не только своей операциональной оригинальностью, но и своей эффективностью и экономичностью. Эти характеристики стиля Эриксона в проведении терапии создали ему славу почти мага и навлекли на него гнев и обвинения со стороны традиционной медицины и психиатрии в Америке того периода, которая, возможно, считала его существование возмущающим спокойствие.

Для группы исследователей системного подхода терапевтический подход Эриксона являлся базовым клиническим материалом. Действительно, оказалось, что великий терапевт разработал и использовал на интуитивном и эмпирическом уровне терапевтические стратегии, представлявшие собой прямое и упреждающее употребление теоретико-прикладных формулировок, формализованных группой Бейтсона и Джексона на уровне модели. Например, было замечено, что великий маэстро, базируясь на своем опыте гипнотизера, использовал в терапии некоторые виды парадоксальных предписаний; что он применял в качестве терапевтического приема неожиданность, использовал сопротивление пациента; и что он, как великий иллюзионист, ставил пациента в такое положение, из которого единственным выходом для последнего было преодоление своей проблемы. Таким образом, с помощью гипноза Эриксон необычным и индивидуальным путем пришел к применению того типа психотерапии, который находится в полном созвучии с теоретическими положениями системного и интеракционистского подходов. Это позволяло ему успешно и в краткие сроки лечить отдельных индивидов, семьи и пары.

Исходя из этих оснований и из десятилетнего опыта использования в терапии упомянутых теорий коммуникации, стратегический подход постепенно сформировался как специфическая теоретико-прикладная перспектива, представляющая собой развитие семейной терапии.

Отличие стратегического подхода от классической системной семейной терапии заключается в том, что его внимание сконцентрировано больше не на семейном взаимодействии и реорганизации данной системы отношений, а на представленной проблеме, на том, что ее поддерживает, и на том, каким образом можно быстро изменить ситуацию. Тем не менее представляется очевидным, что обе перспективы часто перекрещиваются и дополняют друг друга. В самом деле, зачастую решение представленной пациентом (пациентами) проблемы приводит к изменению семейных взаимодействий, так же как и с помощью изменений в системе отношений становится возможным решение специфической проблемы. Главным для терапевта должен быть вопрос: какая стратегия более эффективна в случае данной проблемы? На этом основании, уяснив, как функционирует целая система, принимается решение: встретиться ли с отдельным пациентом или же со всей его семьей, воздействовать ли непосредственно на семейную систему или же только на субъекта.

Говоря об этом, следует пояснить, что не существует единой модели стратегической терапии; действительно, в рамках стратегического подхода развились различные модели терапевтического вмешательства. Тем не менее, проводя синтетическое обобщение, можно выделить две наиболее сформировавшиеся модели, оказавшие наибольшее влияние на мысль и практику авторов-стратегов: модель Хейли (1967, 1973, 1976; Montalvo, Haley, 1973; Madanes, 1981) и *модель MRI Пало Альто*(Weakland, Fisch, Watzlawick, Bodin, 1974; Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974; Watzlawick, 1977; Herr, Weakland, 1979; Fisch, Weakland, Segal, 1982). Обе эти модели берут начало из опыта, полученного авторами во время работы в группе Бейтсона и из непосредственного сотрудничества с Милтоном Эриксоном. Исходя из этого опыта и основываясь на собственной терапевтической и исследовательской деятельности, авторы сформулировали два стратегических подхода, созвучных между собой по ряду аспектов, но

отличающихся некоторыми теоретико-прикладными характеристиками, которые мы постараемся вкратце изложить в рамках данной книги.

Согласно Хейли и его группе, проблема определяется главным образом иерархической неконгруэнтностью внутри семьи и вытекающими из нее дисфункциональными последовательностями действий, которые характеризуются союзничеством и борьбой за власть. *Симптом является метафорой проблемы и представляет собой ее решение, предпринятое субъектом, хотя и неудовлетворительное.*

Терапия концентрируется на перераспределении власти (сами симптомы рассматриваются как инструменты власти) посредством реорганизации иерархии внутри семейной системы. Терапевт внедряется непосредственно внутрь системы власти в семье и осознанно старается реорганизовать ее более функциональным способом (Haley, 1976, 80).

«Один из способов найти подход к решению проблемы – давать директивы, непосредственно направленные на цель, как, например, провожать в школу не желающего этого ребенка. Для тех семей, в которых прямое вмешательство не дает желаемого эффекта, терапевт применяет альтернативный способ, мотивируюший семью к достижению поставленной задачи. Если и это не даст желаемого эффекта, терапевт пойдет еще и по другому пути» (Madanes, 1987, 40).

Стиль терапевта здесь заметно директивный. Фундаментальным понятием этого подхода является «преодоление кризисов (переходных моментов) на разных этапах семейной жизни».

«Haley (1973) выделил шесть следующих этапов:

а. период ухаживания;

б. начальный период семейной жизни;

в. рождение ребенка и взаимоотношения с ним;

г. средний период семейной жизни;

д. отделение родителей от детей;

е. выход на пенсию и старость.

Особый интерес в данном подходе связан с момонтом, когда взрослый ребенок покидает родительский дом (Haley, 1980). Считается, что часто проявляющиеся в данной фазе серьезные патологические феномены (шизофрения, преступность, наркомания и т. д.) являются продуктом тех трудностей, с которыми человек сталкивается в момент, который он считает завершенным этапом в определенном цикле своего существования. Таким образом, все традиционные диагностические категории, рассматриваемые в контексте семейной ситуации индивида, находят новое определение в терминах трудностей перехода от одной фазы жизненного цикла к другой» (Madanes, 1987, 35).

Проблемы или симптомы рассматриваются как формы общения между индивидами внутри определенного социального контекста, патологические системы описываются в терминах плохо функционирующих иерархий, которые следует реорганизовать в более функциональный порядок.

С точки зрения MRI проблема определяется механизмом действий и ответных действий, который задействуется и поддерживается «предпринятыми попытками решения» проблемы, используемыми пациентом (пациентами) для преодоления представленных терапевту расстройств или симптомов. Терапевтический фокус направлен на наблюдение повторяемых во времени взаимодействий, которые поддерживают и усиливают проблему. Терапевт должен прервать повторяющиеся паттерны дисфункциональных взаимодействий и заменить их функциональными паттернами. С этой точки зрения важно понять, какое представление о своей проблеме имеется у пациента, и что он на основе этого представления предпринял для ее решения.

Другими словами, терапевт должен добиться ясного описания проблемы, «предпринятых попыток решения» и реакций пациента на проблему. После чего терапевт разрабатывает стратегию вмешательства на основе этих «диагностических» данных, согласуя ее с идиосинкразиями субъекта лечения.

Вмешательство, чаще всего состоящее в предписании определенного поведения, должно прервать и изменить повторяющийся цикл увековеченной проблемы.

Согласно группе MRI, даже минимальное изменение внутри ригидной системы вызывает цепную реакцию, которая в конце концов изменяет всю систему.

С точки зрения этой перспективы для построения терапевтической программы и стратегий вмешательства необходимо ориентироваться на кажущиеся незначительными цели. Это дает преимущество значительного уменьшения сопротивления пациента (пациентов) изменению. Как это описано Хоффманом (Hoffman, 1981), модель краткосрочной терапии, разработанная в институте исследований психики (Brief Therapy MRI), характеризуется экономичностью и элегантностью вмешательства. «Если терапевт хорошо определит последовательность взаимодействий, жизненно важной частью которой является симптом, то тщательно разработанное незначительное изменение может стать достаточным для достижения большого эффекта» (1981, 213).

Направляющая роль терапевта при этом очень тонка и замаскирована, она основывается на кажущейся недирективности и на ощущении того, что пациент сам определяет ход терапии. Замаскированными, производящими впечатление направленности на достижение банального результата являются также терапевтические предписания и директивы: на самом же деле они ориентированы на реальное и конкретное изменение проблемной ситуации.

В заключительном обобщении можно утверждать, что в обеих моделях стратегического подхода одни и те же терапевтические процедуры зачастую сфокусированы на разных моментах – в зависимости от того, что по представлению авторов определенной модели поддерживает существование актуальной проблемы.

Излагаемая в данной книге терапевтическая модель, в свете более чем двадцатилетнего применения вышеназванных формулировок и благодаря вкладу последних исследований в области терапии (особенно это касается эффективности и экономичности стратегий, направленных на изменение проблемных ситуаций), понимается как эволюционный синтез стратегического подхода в терапии.

Глава 4. Клиническая практика в стратегической терапии: процесс и процедуры

Конечно, я не могу сказать, будет ли лучше, когда будет по-другому; но могу сказать: если нужно улучшить, необходимо изменить.

Г. Ц. Лихтенберг, Книжечка утешении

Прежде чем приступить к описанию клинической практики, стоит повторить некоторые основные понятия нашего подхода к терапии.

В стратегической терапии отношения между терапевтом и пациентом не являют собой некую «дружбу за оплату», еще менее они представляют собой отношение «утешения» или «исповедования». Скорее всего, они напоминают шахматную партию между терапевтом и пациентом с его проблемами. Как и в случае шахматной игры, здесь присутствуют: правила игры, ее процесс с развивающимися фазами и серия установившихся стратегий для специфических ситуаций, имеющих целью успешное завершение партии.

В данной главе, по аналогии с учебниками шахматной игры, будет последовательно изложен принятый процесс терапии, от первой встречи терапевта с пациентом до завершения терапевтического вмешательства.

Внутри этого изложения будет детально представлена серия разработанных стратегий и особых терапевтических техник, то есть будут представлены обычно используемые процедуры, от начала партии в шахматы до завершающего ее «мата».

Вместе с тем мы, конечно, не претендуем на исчерпывающее описание репертуара возможных прикладных стратегий, поскольку в шахматной партии возможно неограниченное число комбинаций ходов и контрходов, которые зависят от взаимодействия между двумя игроками, в нашем случае – между терапевтом и пациентом.

Между тем необходимо помнить о существовании одного важного параметра, делающего аналогию терапии с шахматной партией несостоятельной, и из-за которого мы даже попадаем в

очевидную несравнимость; этот параметр представлен фундаментальной характеристикой двух типов «игры».

Игра в шахматы является игрой с «нулевой суммой» (Neumann, 1944), которая обязательно предусматривает победителя и побежденного; в то время как терапия является игрой с «ненулевой суммой», в которой нет победителя и побежденного, а в которой обязательно выигрывают или проигрывают оба игрока. Действительно, если терапевту удается разрешить проблемы пациента, обойдя его сопротивляемость изменениям, то оба они выходят победителями: терапевт получает профессиональное удовлетворение, а пациент рад освобождению от своих проблем. Если терапия заканчивается провалом и партия проиграна, то оба являются побежденными, поскольку пациент остается со своими неразрешенными проблемами, а терапевт переживает фрустрацию и профессиональное разочарование. Поэтому мы считаем, что, какую бы стратегию ни использовал терапевт для возможно быстрого выигрыша партии против проблем пациента – и даже в том случае, когда он использует манипулятивные, циничные и кажущиеся негуманными по форме стратегии, – партия при этом приобретает глубокую этическую ценность.

Процесс и процедуры терапии

Стратегическая терапия представляет собой, как правило, краткосрочное[18] терапевтическое вмешательство, ориентированное на исчезновение симптомов и на решение проблемы (проблем), представленных пациентом (пациентами). Этот подход не является поведенческой терапией, но представляет собой реструктурирование и модификацию способа восприятия реальности пациентом (пациентами) и соответствующих поведенческих реакций.

Стратегические терапевты исходят из того убеждения, что решение проблемы требует ломки круговой системы взаимодействий, поддерживающей проблемность ситуации, и модификации восприятия и представлений о мире, которые вынуждают человека к дисфункциональным реакциям.

В этой перспективе обращение к сведениям и информации о прошлом, или к так называемой «клинической истории» субъекта, представляет собой лишь средство разработки наилучших стратегий для разрешения существующих проблем, но не является терапевтической процедурой, как это имеет место в психоанализе.

Начиная с первой встречи с пациентом терапевт вместо того, чтобы изучать его прошлое, концентрирует свое внимание и оценку на следующем:

a) *что* происходит внутри трех типов взаимозависимых взаимодействий, которые субъект осуществляет с самим собой, с другими и с окружающим миром;

b) *каким образом* представленная проблема функционирует внутри таковой системы отношений;

c) *как* субъект до настоящего момента пытался справиться с проблемой или решить ее (предпринятые попытки решения);

d) *каким наиболее быстрым и эффективным способом* можно исправить существующую проблемную ситуацию.

Построив одну или несколько гипотез согласно перечисленным моментам и согласовав с пациентом (пациентами) цели терапии, терапевт разрабатывает и применяет стратегии для разрешения представленной проблемы.

Если стратегии действуют, то обычно наблюдается явное *уменьшение симптоматики* начиная с первых шагов терапии, и отмечается *постепенное изменение* в восприятии пациентом самого себя, других и окружающего мира. Это означает, что точка зрения пациента на реальность постепенно сдвигается от ригидности – типичной для поддерживающей проблемную ситуацию перцептивно-реактивной системы – к гибкости восприятия и большей открытости к реальности, вместе с постепенным ростом личной самостоятельности и самоуважения, вызванным констатацией своей способности к решению проблем.

Переходя к последовательному обсуждению стадий терапии, для более наглядного представления процесса мы можем схематично представить фазы терапии следующим образом[19]:

1. первый контакт и построение терапевтических отношений;
2. определение проблемы (симптомы, расстройства, конфликты);

3. согласование целей терапии;
4. определение перцептивно-реактивной системы, поддерживающей проблему;
5. разработка терапевтической программы и стратегий изменения;
6. завершение вмешательства.

На последующих страницах мы рассмотрим более подробно каждую из этих шести фаз терапии; для более наглядного их представления мы отсылаем читателя к представленным в книге клиническим случаям.

1. Первая встреча и построение терапевтических отношений

Первый контакт с пациентом является очень важным моментом вмешательства – уже Аристотель говорил, что хорошее начало означает половину сделанной работы. В этой фазе, открывающей терапию, главной целью является построение межличностных отношений, характеризующихся контактом, доверием и позитивным внушением, внутри которых проводится диагностическое исследование и первые маневры по установлению своеобразного терапевтического могущества. Для достижения этой цели основной стратегией является: наблюдение, изучение языка пациента, чтобы говорить с ним на его языке. Другими словами, терапевт должен настроиться на модальности, свойственные пациенту, пришедшему за помощью. Это означает, что терапевт должен адаптировать собственный язык и собственные действия к «представлениям о мире» и к стилю общения пациента. Например, если пациент – человек рациональный и сильно привязанный к логическим категориям, то и терапевт должен говорить с ним в терминах крайне рациональных и логичных, не допуская пиндарического стиля[20]; если же перед терапевтом сидит человек с богатой фантазией и с поэтическим уклоном, то с ним следует говорить и действовать в терминах фантазии и творчества, мало привязанных к ригидным категориям логики. На этом примере хорошо видно, что данный маневр противоположен обычно используемому в психоанализе, где пациенту следует научиться языку психоаналитической теории для того, чтобы войти в процесс лечения и следовать ему.

С нашей точки зрения, такой первый шаг фундаментален, поскольку посредством принятия того, что пациент нам предлагает, и в результате общения с ним на его языке устанавливается особый межличностный климат, который делает возможным позитивное внушение, позволяющее «манипулировать» и изменять направление действий пациента. Другими словами, это позволяет добиться терапевтического могущества и обойти сопротивление системы изменениям. Похожую ситуацию создает опытным продавец, который, чтобы успешно продать свой товар, спокойно принимает любое утверждение клиента, охотно следует его претензиям, не перечит ему и терпеливо подводит его к покупке при помощи своего рода пассивной убедительности, иногда используя эту технику с неблаговидной целью обвести покупателя вокруг пальца. Хороший терапевт при первом контакте с пациентом должен прибегнуть примерно к тому же способу, однако с положительной целью – заставить пациента приобрести большую мотивацию и доверие, дать ему позитивное внушение и, не отрицая его убеждений, подвести его к выполнению в течение терапии действий, которые могут находиться в совершенном противоречии с его представлениями на данный момент. Для углубленного ознакомления с данной стратегией комуникации читатель отсылается назад, к страницам 42-44 данной книги, в то время как мы продолжим описание второй фазы вмешательства, которая, к тому же, протекает одновременно с первой и переплетается с ней.

2. Определение проблемы

Следуя вышеописанной схеме продвижения терапии с целью сфокусированного исследования представленной пациентом проблематики, очень важно четко и конкретно выяснить проблему и выявить интерактивную дисфункциональную систему, которая ее поддерживает. Уже на первой сессии терапевт, основываясь на наблюдении за пациентом и на его объяснении своего расстройства, должен как можно более четко и определенно идентифицировать проблематику, чтобы выделить конкретные прагматические истоки представленной проблемы. Иногда бывает трудно осуществить эту операцию в краткие сроки, пациенты часто расплывчато описывают свои проблемы, и тогда необходимо углубить знание реальности, в которой живет пациент, прежде чем определить вместе с ним проблему и перейти к более активной фазе вмешательства. Все это не должно ставить в терапевта в критическое положение, поскольку, если сессии, на которых выясняется проблема, проводятся, следуя

упомянутой выше технике «копирования»[21] стиля общения пациента, то они уже представляют собой настоящую форму терапевтического вмешательства и уже в этой фазе исследования нередко наблюдаются симптоматические улучшения. По этому поводу уместно напомнить знаменитый «Хотторнский эффект»[22], хорошо известный социальным психологам, чтобы подумать о том, как уже само осознание факта, что кто-то берется нам помочь, может положительно повлиять на нашу ситуацию. Кроме того, как только удастся создать более четкий и конкретный образ проблемы, сразу станет значительно проще найти более быстрое и эффективное решение; таким образом, время, кажущееся потерянным в так называемой фазе диагностики, будет наверстано в собственно оперативной фазе.

В отношении определения и оценки представленной проблемы терапевт должен учитывать некоторые общие характеристики человеческих проблем, помогающие проанализировать и наилучшим образом определить специфическую ситуацию, в которой находится пациент.

Согласно Гринбергу (Greenberg, 1980), существуют следующие две основные категории проблем, с которыми сталкиваются люди:

а) взаимодействие субъекта с самим собой;

б) взаимодействие субъекта с другими людьми.

К этим двум категориям мы добавим третью:

в) взаимодействие субъекта с окружающим миром. Под окружающим миром подразумевается социальное окружение, система ценностей и нормы, регулирующие контекст, в котором живет субъект.

С нашей точки зрения, если даже только одна из этих трех категорий взаимодействия не работает, остальные тоже становятся не вполне функциональны. Действительно, эти три области взаимоотношений, являющиеся неизбежными компонентами существования каждого индивида, взаимодействуют между собой и влияют друг на друга, следуя некоторой форме круговой взаимозависимости. С точки зрения терапии, сфокусированной на предъявленных проблемах, представляется важным определить, каким образом функционирует такая круговая взаимозависимость, и ощущает ли пациент в большей степени одно из трех измерений. В этом случае оно и станет первой зоной вмешательства, посредством которого модифицируется вся перцептивно-реактивная система, характерная для проблемной ситуации пациента. С этой целью, при конкретном определении проблемы, терапевт должен найти ответ на серию следующих вопросов, которые, по нашему мнению, являются кратким руководством к стратегическому диагностическому исследованию:

Какие наблюдаются привычные для пациента поведенческие паттерны?

Что пациент определяет как проблему?

Каким образом проявляет себя проблема?

С кем проблема проявляется, обостряется, маскируется или не проявляется?

Когда, обычно, проявляется проблема?

Где и в каких ситуациях?

Какова частота и интенсивность проявления проблемы?

В каком контексте или контекстах она прявляется?

Что было сделано и что делается обычно (самим пациентом или вместе с другими людьми) для решения проблемы?

Какое равновесие поддерживается проблемой? Для чего оно нужно? Какова его функция? Кому или для чего оно выгодно?

Кто мог бы потерпеть ущерб при решении проблемы?

Если говорить об эффективности терапии, то мы считаем, что как только будут изучены и выяснены данные вопросы, терапевт уже сумеет разработать терапевтическую программу и успешно привести в действие стратегии, направленные на ломку замкнутого круга действий и ответных реакций, который поддерживает проблему.

3. Согласование целей терапевтического вмешательства

Определение целей терапии, которое на первый взгляд может показаться очевидным, представляет собой, на наш взгляд, важное прагматическое требование, несущее двойную функцию:

а) с одной стороны, оно является хорошим методологическим руководством для терапевта, поскольку ориентирует терапевтическую программу в определенном направлении, задавая для достижения последовательность конкретных целей, обеспечивающих поэтапную проверку и контроль проводимой работы;

б) с другой стороны, задание конкретных целей является для пациента позитивным внушением, поскольку ведение переговоров и согласование длительности и целей вмешательства обладают свойством повышать уровень сотрудничества и усиливать веру в положительный исход терапии.

Пациент чувствует себя активной частью проекта изменений, и у него возникает впечатление, что он контролирует развитие терапевтического процесса. Кроме того, согласовывая с пациентом цели вмешательства, терапевт посылает ему следущее сообщение: «Я верю в то, что ты обладаешь способностью и возможностью достичь цель, которую мы задаем»; или же: «Я верю в то, что ты сможешь решить свои проблемы». Такое сообщение является сильным внушением, ориентирующим на изменение, и обычно оно вызывает в пациентах сильную положительную реакцию к сотрудничеству.

По этому поводу в проведенных Розенталем[23] экспериментах по изучению эффекта, оказываемого ожиданиями экспериментатора на поведение субъектов эксперимента, показано значительное влияние, которое могут оказать передаваемые одним человеком другому ожидания в отношении его поведения и его возможностей. Эти эксперименты показали, что положительные ожидания и вера в способности могут сильно увеличить отдачу субъекта при выполнении заданий. Впрочем, в гипнотерапии давно известно, что чем большую уверенность и ожидание выражает гипнотизер по отношению к способности субъекта войти в гипнотический транс, тем легче этот субъект в транс входит.

В свете этих размышлений согласование целей терапии больше не может казаться очевидностью, на которую не стоит тратить время.

Наконец, для согласования целей терапии и ее планирования очень важно, чтобы терапевт построил постепенную и прогрессивную шкалу небольших целей, благодаря которой вмешательство не кажется пациенту слишком напористым и анксиогенным (вызывающим состояние тревожности). Это нужно для того, чтобы пациент не чувствовал себя чрезмерно подталкиваемым к изменениям; напротив, у него должно сложиться впечатление, что он следует процедуре систематичной и точной, достигая конкретных целей, которые не требуют от него слишком большой ответственности. В противном случае терепевт, желая продвигаться как можно быстрее, рискует сбиться в терапии с верного пути. И действительно, практика показала, что, предлагая пациенту продвигаться медленно, парадоксальным образом достигается б*о*льшая скорость в достижении изменений; в противном же случае, когда пациента побуждают к слишком сильному ускорению, достигается лишь ужесточение сопротивления и замедление процесса изменений – или даже побег от излишне пугающей терапии.

4. Определение перцептивно-реактивной системы, поддерживающей проблему

После осуществления первых трех фаз вмешательства, во время первых встреч с пациентом терапевт должен внимательно изучить представленную ему ситуацию и выяснить, на каких точках опоры она держится. Это означает, что необходимо найти наиболее эффективные рычаги, с помощью которых можно проблемную ситуацию изменить. Следовательно, помимо четкого определения проблемы в фазе 2, необходимо с точностью определить, каким образом она поддерживается и какой из поддерживающих ее факторов с наибольшей вероятностью может быть выбран для успешного вмешательства.

Клиническая практика показывает, что очень часто проблема поддерживается именно предпринятыми для ее решения попытками. Таким образом настоящей проблемой становятся предпринимаемые попытки решить изначальную проблему одним и тем же неподходящим способом.

На практике, как это происходит в уже упомянутом анекдоте о пьянице, ищущем потерянный ключ, помимо события – потери ключа, которая сама по себе не является «патологичной», ситуация становится проблемной именно из-за предпринятой попытки ее решения: в данном случае из-за поиска ключа под фонарем, где как известно, ключ не был потерян. Упорство

подобного «ответа» на проблему приводит к психопатологическим проявлениям. В дальнейшем тип решения проблемы *обобщается* и переносится на другие ситуации, и в результате они тоже становятся проблемными. В этом случае, чтобы вызвать быстрое изменение, необходимо воздействовать на дисфункциональные попытки решения, предпринятые пациентом для борьбы с собственной проблемой. С этой целью терапевт должен установить, какой основной и повторяющийся способ решения проблемы использует пациент, и воздействовать непосредственно на этот способ.

Другим важным моментом оценки в этой фазе терапии является внимательное изучение социальных взаимодействий, которые могут влиять на попытки решения проблемы, предпринятые пациентом, или добавиться к ним. Это важно для того, чтобы понять, следует ли воздействовать только на предпринятые пациентом попытки решения проблемы или еще и непосредственно на сами межличностные взаимодействия. Может оказаться более выгодным вызвать реорганизацию системы отношений, оставив в стороне попытки решения, предпринятые отдельным субъектом, поскольку в дальнейшем они подвергнутся изменению вместе с изменением целой системы.

Для большей ясности поясним, что терапевт должен в каждом случае внимательно оценить, что будет наиболее эффективно – привнести изменения в дисфункциональную перцептивно-реактивную систему отдельного субъекта через непосредственное воздействие на нее или через цепную реакцию изменений во всей системе межличностных отношений. При этом иногда более эффективно воздействовать на систему межличностных отношений в семье, тогда терапия распространяется на большее число субъектов, и в результате изменений в интерактивных связях между несколькими людьми меняется и перцептивно-реактивная система человека с проблемой.

Как было сказано выше, необходимо установить, какая из трех категорий отношений – с самим собой, с другими людьми или с окружающим миром – имеет преимущество в качестве первого объекта внимания терапевтического вмешательства, чтобы затем на этой основе решить использовать ли *индивидуальное вмешательство, непрямое системное вмешательство*, или же *прямое системное вмешательство*, для освобождения отдельного субъекта от его симптомов.

Таким образом, мы считаем необходимым еще раз подчеркнуть: вместо того, чтобы изучать предполагаемые интрапсихические факторы и воображаемые «первоначальные травмы» в прошлом, в рамках стратегического подхода терапевт интересуется конкретными действиями пациента в настоящий момент и получаемыми им межличностными и социальными ответными реакциями. Очевидно, что действия субъекта большей частью обуславливаются его эмоциональными установками и его представлениями об окружающей действительности. Однако, как это было показано выше, мы убеждены в том, что эти установки могут быть реально изменены только посредством конкретного пережитого опыта. Поэтому при выявлении поддерживающих проблему факторов и при последующей разработке стратегий изменения следует иметь в виду, что терапевтическое вмешательство должно вызвать переживание конкретного опыта изменений.

По нашему мнению, если терапевт корректно провел все изложенные до этого момента фазы вмешательства, то он сможет найти наиболее эффективные рычаги для изменения и разработать для них специальные стратегии.

5. Построение программы терапевтического вмешательства и стратегии изменения

Прежде чем приступить к описанию специфических процедур, обычно применяемых в терапии, следует прояснить тот факт, что, с нашей точки зрения, невозможно четко отделить специфические терапевтические стратегии от всего остального, входящего во вмешательство, по той простой причине, что общение и взаимодействие между терапевтом и пациентом в любом случае представляет собой вклад в изменение. Действительно, иногда лишь само общение пациента с терапевтом, проходящее вышеописанным образом, может дать терапевтический эффект.

Кроме того, сам процесс терапии в том виде, в котором он задается, является терапевтической стратегией. Следовательно, отличие *процесса* от *процедур* используется здесь для большей

ясности, но на деле эти два компонента терапевтического процесса формируют в клинической практике неделимую систему.

После этого необходимого пояснения будут представлены некоторые из наиболее разработанных стратегий, используемых в терапии, но прежде чем перейти к этому, следует вспомнить, что является фундаментальной предпосылкой стратегического подхода к терапии. А именно: *терапия должна приспосабливаться к пациенту, а не пациент к терапии.*

Исходя из этого, при разработке стратегий терапевт прибегнет к техникам, успешно применявшимся ранее к такому же типу проблемы, однако, основываясь на особых характеристиках человека, ее предъявляющего, специально для этого случая он выберет или заново разработает психотерапевтические процедуры.

К примеру, одна и та же общая стратегия радикально изменится в зависимости от того, применяется ли она к субъекту (субъектам), принадлежащему к социальной или культурной группе низкого уровня или к субъекту (субъектам) высокого социального и культурного уровня. Не ограничиваясь только этим, стратегия изменится и в зависимости от того, будет ли она применена к субъекту поэтического склада с богатой фантазией или же к человеку явно гиперрациональному. Как было ранее сказано, необходимо научиться языку пациента и осуществлять вмешательство на его языке и в его системе представлений. Таким образом, терапевтические вмешательства одного и того же типа на практике никогда не будут совершенно одинаковым, каждое из них будет модифицироваться на основе присущих каждому отдельному пациенту характеристик восприятия и общения. Кроме того, если стратегия не действует, то она должна быть срочно заменена другой или обогащена другими терапевтическими приемами.

Другое важное размышление касается *разработки тактик для внесения изменений* и относится к следующему: более продуктивным является фокусирование внимания пациента на изменениях, кажущихся банальными, и на мелких деталях ситуации. Это делается для того, чтобы у пациента не возникало ощущения, что к нему предъявляются чрезмерные требования в восприятии его личных ресурсов, и чтобы таким образом обойти сопротивление изменениям.

На самом деле подобные минимальные действия, избранные терапевтом, должны представлять собой непрямые или замаскированные стратегии для произведения изменений гораздо больших, чем те, которые пациент мог предусмотреть, поскольку – согласно принятым в теории систем законам – изменение даже одной незначительной детали внутри системы приводит к нарушению равновесия всей системы и к модификации внутри нее. Действительно, минимальное изменение вызывает внутри системы цепную реакцию модификаций, имеющих целью вновь установить равновесие самой системы. Это означает, что минимальные изменения, кажущиеся банальными и невинными, обладают взрывной силой – той силой, которая должна быть целиком и полностью использована в терапии.

Когда терапевт посредством накопления небольших изменений подводит пациента к модификации дисфункциональных действий и «образа окружающего мира», терапия достигает поставленных целей.

Наконец, прежде чем перейти непосредственно к терапевтическим процедурам, представляется важным пояснить, что их эффективность – помимо специфической применимости к частной симптоматике и проблемам – зависит и от личного влияния, или дара терапевта. Мы считаем этот фактор определяющим в терапии. Другими словами, эффективность стратегии в значительной мере зависит от атмосферы внушения, в которой стратегия представлена пациенту, с тем чтобы подтолкнуть его – иногда и против его желания – к интенсивному терапевтическому сотрудничеству, а именно – склонить его к изменению. Чтобы создать такую атмосферу внушения и харизмы, терапевт должен научиться использованию того, о чем мы упомянули в начале книги, говоря о понятии «предписывающего языка» (в определении Спенсера Брауна) и о «перформативных вербальных актах» (Остин). Такой тип терапевтического общения, самым ярким уроком которого стал гипнотический подход Эриксона к терапии, является одной их фундаментальных прерогатив стратегической терапии. Эту особую форму внушения в общении мы подразумеваем под термином *гипнотерапия без транса.* Прибегая к ней сознательно, терапевт в интересах пациента берет на себя ответственность использования эффективных и экономичных процедур терапевтического внушения, с тем чтобы повлиять на представленную проблемную ситуацию и быстро изменить ее.

После этого необходимого введения можно перейти к описанию некоторых наиболее часто применяемых в рамках стратегического подхода терапевтических процедур.

Стратегии вмешательства, направленные на решение человеческих проблем, могут быть разделены на две больших категории:

а) действия и терапевтическое общение;

б) предписания поведения.

5.1. Действия и терапевтическое общение[24]

5.1.1. Изучить язык пациента и говорить на нем

Первой процедурой, рассматриваемой в категории действий, которые должен предпринять терапевт в течение сессий, безусловно, является процедура, представляющая стиль общения, уже неоднократно упоминавшийся в нашей книге и являющийся фундаментальным в стратегической терапии. А именно: *изучить и использовать язык пациента.*

Эта основная техника общения в ее версии, относящейся к психотерапии, происходит из гипноза Эриксона.

Великий гипнотизер перенес в терапевтичесий язык модальности общения, используемые им для введения в транс. Действительно, при гипнотическом предписании следуют стилю восприятия и общения субъекта, медленно и постепенно завладевая контролем вплоть до расслабления и впадения в транс последнего.

Бендлер и Гриндер (1975) называют эту стратегию общения техникой *копирования*. Они изучили эту форму общения на примере терапевтического поведения Милтона Эриксона. Было замечено, что при первом контакте с пациентом он переходил на их язык и их собственные представления о реальности. Не ограничиваясь только этим, в своем гипнотическом стиле он имитировал даже невербальный язык своих пациентов – таким образом, чтобы они чувствовали себя в своей тарелке, и тогда он постепенно получал власть над пациентами и мог влиять на них внушениями и предписаниями.

Однако эта могущественная и эффективная техника не была открыта Эриксоном, поскольку как техника убеждения она уже была хорошо известна в классической риторике. Например, как и софисты, Аристотель в своей *«Риторике к Александру»* утверждал, что если хочешь убедить кого-то в чем-то, это нужно делать с помощью собственных аргументов собеседника. Кроме того, в экспериментальной психологии тоже давно известна предрасположенность людей подвергаться влиянию и испытывать влечение к тому, что им кажется знакомым или подобным им самим.

Подобное знание широко используется профессионалами массового убеждения безусловно не с такой благородной целью, как помощь человеку в решении его проблем. Посвятивший годы изучению стратегий убеждения социальный психолог Роберт Чалдини в исследовании, основанном на изучении продажи страховых контрактов, экспериментально показал, что «клиенты проявляют большую склонность к заключению контракта, если страховой агент представляется им похожим на них в какой-нибудь области: возраст, религия, идеи, язык и т. д.» (Cialdini, 1989, 137), и при этом не отдают себе отчета в том, что страховые агенты обучены следовать и копировать язык и идеи клиента, для того чтобы найти точки личностного контакта, полезные для достижения результата – подписания страхового контракта. Тот же исследователь с положительным результатом провел исследование по использованию данной техники общения с целью завоевания симпатии других людей. Чалдини отмечает также, что некоторые рекламные компании были очень успешными именно за счет того, что копировали социальный образ и привычный язык адресата рекламного сообщения.

На основе этих данных представляется очевидным, насколько важно в психотерапии использовать технику общения, позволяющую в короткий срок оказать влияние на поведение другого человека. Пациенты просят повлиять на них, чтобы изменить являющуюся в данный момент проблемной ситуацию, но обычно они бессознательно сопротивляются изменениям. С помощью данной стратегии общения это сопротивление уменьшается.

Однако для получения нужного эффекта необходимо исполнять эту процедуру самым натуральным образом, так чтобы она не выглядела искусственным приемом, иначе это может

вызвать эффект, противоположный желаемому. Так, пациент может посчитать, что над ним шутят, и станет еще более ригидным. Чтобы этого не случилось, терапет должен иметь хорошую подготовку для применения этой техники.

Обучение данной технике сильно напоминает обучение актера, поскольку терапевт должен научиться управлять собственным стилем общения и собственными выразительными средствами, чтобы с непринужденностью приспосабливать их к различным контекстам отношений, возникающих во взаимодействии с различными пациентами.

В этом направлении необходим хороший тренинг, предусматривающий наблюдение и изучение симулированных терапевтических ситуаций, а также использование видеозаписи, дающей возможность увидеть себя со стороны. Тренинг необходимо продолжать до тех пор, пока такая техника не станет для терапевта спонтанной формой межличностного общения.

Мы считаем, что эта работа, обучающая прагматике коммуникации, является отличным упражнением на пластичность менталитета, поскольку, если человек научится адаптировать свой язык к различным ситуациям, контекстам и личным стилям, он научится и постоянно перемещать свою точку зрения на реальность. А это является важной характеристикой, позволяющей решать разнообразные типы человеческих проблем.

5.2.2. Реструктурирование

Одной из наиболее тонких техник убеждения является реструктурирование. Реструктурировать означает перекодирование восприятия реальности индивидом, не изменяющее значение вещей, но изменяющее их структуру. Не изменяется семантическое значение того, что выражает человек, но изменяется рамка, внутрь которой вписано данное значение. Само собой разумеется, что при перемене рамки непрямым образом изменяется и само значение. Это происходит потому, что при помещении одного и того же события в различный контекст и при рассмотрении его с различных точек зрения оно совершенно изменяет свою ценность. Как мы уже неоднократно повторяли в ходе изложения, реальность определяется точкой зрения, с которой субъект ее наблюдает; если изменить точку наблюдения, изменится и сама реальность.

При реструктурировании идеи или представления человека не прибегают к обсуждению самой идеи или представления, а предлагают другие логические пути или другие перспективы подхода к идее или представлению. Изменяется не содержание картины, а только ее рамка. Однако при смене рамки меняется и содержание той же самой картины. Для пояснения структуры и эффективности данной процедуры приведем пример из истории.

В XV веке доминирующая власть католической церкви столкнулась с языческим культом воды, практикуемым в деревнях Тосканы. Местные жители поклонялись воде некоторых источников, которым приписывались сверхъестественные свойства[25]. Церковные власти вмешались решительным образом, жестоко подавляя эти верования и разрушая места отправления языческих культов, находящиеся возле чудотворных источников. К примеру, рассказывают о святом Бернардино из Сьены, который около 1425 года, после того как все его проповеди против языческого культа воды не достигли никакого эффекта, приказал солдатам разрушить языческий храм, сооруженный там, где теперь в Ареццо находится церковь Святой Марии Всепрощающей. Но и практика жестокого подавления не смогла уничтожить культ языческих божеств. Тогда этот святой и другие церковные деятели, вспомнив, возможно, то, к чему прибег за несколько веков до этого Святой Григорий Великий, нашли решение проблемы и осуществили следующую акцию: они приказали построить на месте развалин языческих храмов, посвященных божествам источников, церкви, посвященные Богоматери (как, например, церковь Святой Марии Всепрощающей в окрестностях Ареццо, или же церковь Богоматери – покровительницы родов в Монтэрки). Церковные деятели сами начали пропагандировать культ таких мест, утверждая, что источники обладают чудотворной силой благодаря присутствию Богоматери. На практике они поистине гениальным образом реструктурировали религиозное восприятие и верования простого народа, приводя его таким образом к христианскому культу Богоматери.

Проанализируем этот маневр. В ситуации, в которой оказались неэффективны проповеди и жестокое подавление, успех имел стратегический ход, поддержавший народные верования и

культы, но внесший в них новую переменную, которая совершенно изменила перспективу восприятия феноменов, вдохновлявших данный культ, таким образом, что совершенно изменился тип культа, превратившийся из языческого в христианский.

Клиническим примером такого маневра может служить реструктурирование восприятия пациента с фобией помощи и поддержки со стороны[26]. Пациенту заявляется, что в данный момент ему, без всякого сомнения нужна помощь и поддержка близких ему людей, и он без нее не может обойтись. Но в то же время ему с помощью разъяснений о двойных сообщениях внутри межличностного общения дают понять, каким образом эта помощь, кажущаяся полезной, может ухудшить его симптоматику. Таким образом, сила страха, заставляющая его просить о помощи, на практике направляется на прекращение подобного поведения.

Реструктурирование может выражаться чисто вербальным актом общения или же определенными действиями терапевта, приводящими пациента к смещению перспективы. Эффект реструктурирования может быть достигнут и посредством поведенческих предписаний, о которых мы будем говорить в дальнейшем.

Кроме того, реструктурирование может иметь разные уровни сложности, от простого *когнитивного переопределения* идеи или поведения до использования *метафор и напоминающих внушений*, и до сложного *парадоксального реструктурирования*.

Можно сказать, что каждая из представленных в данном параграфе стратегий представляет собой какую-либо форму реструктурирования, поскольку все они посредством различных процедур стараются изменить точку зрения и поведение пациента. Некоторые авторы утверждают (Simon *et al.*, 1985, 286), что реструктурирование в своей вербальной форме диалога является главным маневром всех форм психотерапии, поскольку сам факт необходимости изменения «умственной карты» субъекта терапии объединяет между собой все виды терапевтического вмешательства. Что касается нас, то мы считаем, что реструктурирование не имеет ничего общего с интерпретацией реальности или с работой, направленной на поиск значения эмоций. Эта стратегия убеждения не работает непосредственно и преимущественно с семантическими аспектами представлений о реальности, она работает со структурой восприятия, на которой потом основываются представления и поведение субъекта.

Стратегический терапевт, на семантическом уровне не предлагает успокаивающих объяснений о значении вещей, не предлагает уверенной интерпретации, напротив, он пользуется тонким оружием сомнения. В вербальных маневрах реструктурирования, действительно, необходимо вызывать сомнение, смещающее привычную перцептивно-реактивную ригидность пациентов, пробивая брешь в их когнитивной и поведенческой системе. Большая мощь сомнения – в роли элемента, разрушающего ригидные ментальные позиции, по сравнению с рациональными логическими объяснениями хорошо показана Ньютоном Да Коста[27], заслуженным исследователем логики университета Сан Паоло в Бразилии. Он утверждает, что для того, чтобы изменить мнение у человека, гораздо эффективнее внести сомнение в его логику, чем доказать в полной логично-рациональной манере неточность и нефункциональность его идей или поведения.

Сомнение, как древесный червь, однажды внедрившись, работает само по себе и постепенно растет, «пожирая» пространство, занимаемое предыдущими логиками.

Сомнение мобилизует энтропию системы, вызывает медленную, но разрушительную цепную реакцию, могущую привести к изменению всей системы.

Следовательно, в согласии с Саймоном и соавторами (Simon *et al.*, 1985), мы считаем, что реструктурирование «умственной карты» пациента является задачей любой психотерапии; но в то же время реструктурирование, используемое стратегическим подходом в качестве техники, является чем-то совершеннно отличным от поиска инсайта, свойственного другим терапевтическим подходам.

Кроме того, искусство реструктурирования, используемое как техника убеждения, вовсе не является новейшим открытием, сделанным в области терапии; в действительности, это ораторское орудие классической риторики и практики было особенно хорошо знакомо софистам, являвшимся мастерами данного вербального маневра.

Тем не менее, возвращаясь к нашему времени, демонстрация того, как можно изменить восприятие и реакции субъекта, не воздействуя прямо на рациональное значение, данное им

вещам, а используя формы реструктурирования, пришла к нам из исследований в социальной психологии.

Например, было экспериментально показано, что для продажи гораздо менее эффективно выставить товар в витрине с указанием цены более низкой и выгодной по отношению к его реальной коммерческой ценности, и, следовательно, использовать в виде оружия убеждения рациональную логическую демонстрацию, нежели выставить тот же товар с указанием цены, значительно превышающей его реальную ценность (Cialdini, 1984). Это означает, что в качестве оружия убеждения вместо рациональной логики более выгодно использовать кажущуюся нелогичность типа «если это стоит так дорого, то обязательно должно обладать каким-то скрытым качеством по сравнению с тем, что стоит меньше». Но это не что иное, как эффективное реструктурирование восприятия покупателем данного товара посредством повышения его цены.

Однако наиболее эффективная экспериментальная демонстрация того, какой могущественной силой изменения, действительно обладают отдельные коммуникативные внушения, была предложена психологом калифорнийского университета Э.Лэнжером.

В библиотеке, в очереди, образовавшейся к копировальной машине, просьба студентки пропустить ее без очереди может иметь различный эффект в зависимости от того, как она будет сформулирована. *«Извини, у меня пять страниц. Можно мне воспользоваться копировальной машиной, потому что я очень тороплюсь?»* Эффективность такой просьбы с объяснением была почти тотальной: 95 % людей, к которым обратилась девушка, пропустили ее вперед. Сравните этот процент успеха с результатом, достигнутым простым вопросом: *«Извини, у меня пять страниц. Можно мне воспользоваться копировальной машиной?»* В этой ситуации согласились 60 %. На первый взгляд кажется, что решающее отличие между двумя формулировками заключается в добавленной информации, содержащейся в словах *«потому что я очень тороплюсь»*. Но использованная Лэнжером третья формулировка показала, что это не совсем так. Как оказалось, вносит различие не целая серия слов, имеющих законченный смысл, а только первое слово *«потому что»*. Вместо того, чтобы представить настоящую причину, оправдывавшую просьбу, тертья формулировка ограничивалась использованием *«потому что»,* не добавляя ничего нового: *«Извини, у меня пять страниц. Можно мне воспользоваться копировальной машиной, потому что мне нужно сделать фотокопии?»* В результате почти все спрошенные удовлетворили просьбу (93 %), хотя им не было представлено никакой новой информации, которая могла бы объяснить их согласие. Как цыплячье *«пи-пи»,* даже если оно происходит из чучела скунса, приводит в действие автоматический ответ мамы-квочки, так и слово *«потому что»* включало автоматический ответ молчаливого согласия со стороны субъектов эксперимента, даже если после «потому что» не было дано никакой особой, решающей аргументации» (Cialdini, 1989, 12).

Этот эксперимент ясно показывает, как могут быть изменены реакции людей посредством совершенно нелогичного и нерационального реструктурирования ситуации, и показывает могущество, присущее некоторым формам коммуникативного внушения при обходе сопротивления и логико-рациональных убеждений.

Таким образом, реструктурирование не является прямым методом переопределения значений, оно является техникой разрушения ригидной логики субъекта. Реструктурирование открывает новые горизонты и возможности изменения кажущейся неизменяемости вещей, заключенных в тюрьму предыдущей логики.

Реструктурируя реальность, терапевт должен, следуя модальностям представлений пациента, подвести его к видению вещей с других точек зрения, отличных от предыдущей. Для этого терапевт пользуется техниками внушения, орудиями классической риторики и парадоксальной логикой. Все эти техники при правильном использовании способны изменить, хотя бы и временно, восприятие реальности субъектом, чтобы открылись новые пути восприятия и появились новые реакции по отношению к данной реальности.

5.1.3. Избегание негативных лингвистических форм

Третья стратегия терапевтического общения, о которой мы будем говорить, непосредственно связана с двумя первыми, более того, можно сказать, что она является их уточнением.

В клинической практике было обнаружено, что использование негативных утверждений в отношении поведения или идей пациента имеет тенденцию вызывать у него чувство вины и способствовать повышению ригидности и реакции отвержения.

В практике гипноза тоже было замечено, что негативные формулы приводят к повышению ригидности и сопротивления гипнотизеру, поэтому во время ввода в транс всегда стремятся перекодифицировать негативные предписания в позитивную форму.

На этой основе в терапии, вместо того чтобы критиковать и отрицать действия пациента, даже если они совершенно ошибочны и дисфункциональны, по нашему мнению, гораздо более продуктивно хвалить человека и посредством похвалы дать ему предписание к изменению поведения. Приведем пример: в случае родителей с чрезмерной гиперопекой, которые своей подавляющей семейной заботой привели сына к неуверенности в себе и к психологической неустойчивости, маневром терапевта станет: сделать им комплимент и похвалить за великие усилия по уходу за таким проблемным сыном и за их великое жертвоприношение с целью защитить его от всех возможных опасностей этого мира. «И поскольку вы вплоть до настоящего момента показали себя такими молодцами, сейчас вы должны стать еще большими молодцами и сделать так, чтобы он взял на себя все свои обязанности», – и тут терапевт предписывает действия, совершенно противоположные их предыдущему родительскому поведению. Таким образом, вместо того чтобы вызвать у родителей чувство вины за их воспитательские ошибки и за их подавляющую гиперопеку и сказать им: не делайте этого, не делайте другого, вы ошиблись в том и в этом и т. д., используется потенциал вмешательства, который преобразуется посредством положительного перекодифицирования и прямого предписания в корректное и функциональное воспитывающее поведение, которое приведет к решению представленной проблемы.

В приведенном примере терапевтическая процедура состоит из трех различных техник: избегания негативных форм, реструктурирования и предписания. Обычно такой маневр способствует участию и сотрудничеству в направлении изменений даже у исключительно недоверчивых или застывших на своей позиции субъектов, и, прежде всего, он не выливается в негативные реакции, продуцируемые обвинением пациента в неудачных действиях. Тот факт, что действия пациента были дисфункциональными, уже подразумевается в его обращении за помощью и совершенно не нуждается в подчеркивании со стороны терапевта.

Данная техника *прагматики общения* широко используется также при убеждении масс и в торговле. Действительно, каждый продавец-профессионал хорошо знаком с правилом «никогда не перечить клиенту» и ни в коем случае не говорить, что тот неправ или ошибается. Напротив, продавец знает, что должен поступать так, чтобы клиент всегда чувствовал свою правоту, даже когда он, благодаря внимательной работе продавца, ведет себя прямо противоположным образом по отношению к ранее заявленной манере. Этот пример, вместе с ранее приведенными, показывает, каким образом инструмент убеждения может стать опасным оружием в руках того, кто им пользуется с целью жульнических манипуляций. С другой стороны, любой инструмент может быть использован для добра или зла; человеку следует использовать его наилучшим способом.

5.1.4. Использование парадокса и парадоксальная коммуникация

По нашему мнению, обращение к парадоксу в терапии является основным приемом, зачастую необыкновенно эффективным в случае ригидных перцептивно-реактивных ситуаций, характеризующихся присутствием повторяющихся поведенческих симптомов. Из-за этого своего потенциала данная терапевтическая процедура играет фундаментальную роль в стратегическом подходе.

Как хорошо известно читателю, парадоксом называют тот тип логической ловушки, в которую попадает вся классическая рациональная логика[28]. Парадокс разрушает аристотелевскую логику «верно или неверно» и принятое в маниизме[29] противопоставление пар противоположностей (белый/черный, красивый/уродливый, правильный/ошибочный) – категорий, используемых для описания реальности. В области философии познания логический парадокс проваливает любую успокаивающую попытку заключить реальность в клетку абсолютной логической системы описаний и интерпретации.

Парадокс, примененный к специфическому контексту терапии, обладает свойством разрушать замкнутые круги и повторяющиеся «предпринятые попытки решения», упрямо совершающиеся пациентом (пациентами), именно потому, что парадокс вызывает кризис ранее существовавшей системы восприятия и реакций по отношению к реальности.

С исторической точки зрения парадокс формально вошел в терапию, начиная с В. Франкла и с его формулировки «парадоксальных намерений» (1960) в качестве терапевтической стратегии. Однако, как уже упоминалось, именно Бейтсон и его группа (1956) систематически описали функцию парадокса в формировании и решении проблем, выявляя, каким образом парадоксальная комуникация лежит в основе структуры психиатрических симптоматик и как можно с помощью ее использования эффективно воздействовать на подобные проблемы. Другими словами, они использовали прием, издавна знакомый медицине: «Similia similibus curantur»[30].

Существуют различные формы использования парадокса в терапии: от *парадоксальных предписаний,* о которых мы поговорим особо в одном из последующих параграфов, до различных форм *парадоксальных действий и комуникаций* во время сессии, на которых мы сейчас остановимся. По нашему мнению, последующие примеры покажут лучше любых объяснений этот тип комуникативных действий в терапии.

Первый пример – случай, определяемый согласно традиционному описанию психиатрической клиники как *«обсессивно-ипохондрический»,* когда субъект демонстрирует обсессивный страх, что он болен серьезнейшим и неконтролируемым недугом. Ничем не помогли пациенту отрицательные результаты медицинских диагностических исследований: он остался убежденным в своей опасной болезни и преобразует любой сигнал своего тела в симптом, указующий на его таинственную болезнь. Естественно, он очень напуган и ищет поддержки, помощи и заверений, что он не болен, от всех окружающих и особенно от терапевта. Далее мы приведем запись беседы, произошедшей во время время встречи с этим пациентом одного из авторов.

Пациент: Доктор, я чувствую себя разбитым, мне плохо! Мне страшно! Во мне болезнь, я чувствую, как она развивается, я скоро умру! Никто не хочет мне поверить, но я тяжело болен. Я всегда потею, чувствую, как сильно бьется мое сердце. И потом, знаете, я сказал моей жене, что меня «сглазили». Вы не верите в это, но это правда, мне об этом сказала колдунья… Никто не хочет в это верить, но сглаз пожирает меня изнутри.

Терапевт: М-м… (с *серьезным и задумчивым видом)* Я как раз верю, что вы тяжело больны, более того, я убежден, что ваша болезнь действительно таинственна. Знаете, есть ведь разные типы сглаза, возможно, Вас «сглазили на смерть» *(небольшая пауза).*

Да, я думаю, что вы действительно очень больны, что вы заболеваете все больше, даже, приглядевшись внимательно, мне кажется, что прямо здесь передо мной вы меняетесь в лице. Вы больны, это верно, на мой взгляд, вам сейчас станет очень плохо. Знаете, эти сглазы просто ужасны *(легкая улыбка).*

П.: Доктор, что вы мне говорите?! – значит, я умру? Но тогда это же правда! Я тяжело болен! Но, доктор, возможно ли, что всеми медицинскими обследованиями ничего не было обнаружено?! А вы действительно уверены в том, что вы сказали: что я болен, что заметно, что меня сглазили?

Т.: Конечно, это очевидно *(с легкой улыбкой).*

П.: Доктор, вы смеетесь надо мной, я ведь здесь в этот момент не чувствую себя плохо, наоборот, говоря с вами, я даже перестал потеть и чувствую себя более спокойным. Но скажите, доктор, возможно ли, что в сорок лет мозги могут сыграть с нами такую шутку?

Этот клинический пример показывает, как в подобных ситуациях, в которых никакая форма логико-рациональных уверений не действует, можно, прибегнув к парадоксу, эффективно разрушить появторяющийся механизм навязчивых идей.

Обычно в результате пациент сначала переживает эмоциональный шок и выражает удивление, поразившись утверждениям, подтверждающим его страхи, а затем он сам начинает уверять терапевта в своем здоровье, заявляя, что медицинские обследования ничего не обнаружили. В некоторых случаях после этого пациент может заулыбаться, поняв использованный терапевтом «доброкачественный обман». Однако важным здесь является тот факт, что с этого момента разрушается его обсессивный механизм восприятия и искаженной реакции, и пациент может изменить свою точку зрения и свои действия в отношении проблемы.

Заложенная в основу подобного парадоксального вмешательства логика хорошо поясняется на примере неудержимых компульсивных действий, предписанных терапевтом. Этим создается парадокс: симптом, который, для того, чтобы быть симптомом, должен быть неконтролируемым и непроизвольным, становится произвольным. Эффект заключается в том, что сам симптом аннулируется в тот момент, когда становится произвольным, и совершенно теряет свое симптоматическое значение.

В случае упрямо ригидной и обсессивной ментальной ситуации терапевтическая комуникация, вместо того, чтобы противоречить, потакает ей, доводя ее с помощью эскалации до максимального обострения и такой степени, когда она сама собой аннулируется. Механизм здесь тот же, что и при «предписании симптома». Во время беседы с пациентом терапевт сознательно апеллирует к искаженным механизмам восприятия реальности, которыми пользуется пациент, приводя в действие разрушительную силу парадокса. Так же как попытка быть сознательно веселыми порождает депрессию, а попытка уснуть поддерживает бодрствование, так и подведение пациента к исполнению – сознательному и усиленному поведением терапевта – этих искаженных и кажущихся неконтролируемыми умственных процессов приводит к тому, что, теряя спонтанность, они теряют и симптоматическое значение – и исчезают.

Второй пример, не из клинической практики, показывает слегка отличающийся тип парадоксальных действий и комуникаций, обладающий такой же взрывной силой изменения. Это касается тех межличностных ситуаций, когда во взаимодействии парадоксальное и непредвединенное действие или сообщение нарушает равновесие ситуации своей нелогичностью по отношению к обычной предсказуемости событий. Такое действие представляется ни верным, ни ошибочным, оно является несовместимым с ситуацией и вынуждает того, на кого оно направлено, к быстрейшему изменению своих поведенческих схем. Огромная эффективность подобных межличностных маневров хорошо иллюстрируется странным фактом, случившимся примерно в конце 30-х годов в Австрии и которому газеты того времени, в связи с особенностью события, посвятили много места. «Хотевший покончить с собой человек бросился с моста в Дунай; привлеченный к месту происшествия криками присутствующих людей жандарм схватил ружье и с криком *«Выйди сейчас же из воды, иначе я застрелю тебя»,* нацелил ружье на кандидата в самоубийцы. Молодой человек вышел из воды, отказавшись покончить с собой».

На практике парадоксальный жест жандарма поставил кандидата в самоубийцы в ситуацию, в которой схемы логического предвидения перестают работать. Это внесенное реструктурирование реальности подталкнуло его к радикальному изменению своего поведения и своих умственных схем.

Так же как и в жизни, в клинической практике подобный тип парадоксальных ходов, кажущихся нелогичными и совершенно не предусмотренных пациентом, быстро вызывает необходимый для конкретного изменения ситуации скачок логического уровня.

На основе приведенных примеров и рассуждений становится очевидной функция парадокса как разрушающего элемента в ситуациях ригидности и обсессивности, свойственных многим пациентам. Из-за этой прерогативы парадокса обращение к нему во всех его многочисленных вариантах является необыкновенно эффективным, особенно в начальной стадии стратегического терапевтического вмешательства, когда необходимо сломать систему повторов, восприятия, действий и ответных реакций, поддерживающую актуальную проблему.

5.1.5 Использование сопротивляемости

Одной из наиболее утонченных, происходящих от парадокса техник, нашедших широкое применение и в терапии, является терапевтическое использование сопротивления.

В отличие от принятой в психоанализе классической интепретации сопротивления, мы считаем функциональным использование его заряда в терапевтических целях. А именно: мы считаем выгодным парадоксальное предписание сопротивления и дальнейшую манипуляцию им. Это достигается созданием терапевтического «двойного ограничения», когда пациент ставится в парадоксальное положение, при котором его сопротивляемость и ригидность по отношению к терапевту становятся предписанными, а его реакции продвигают терапию вперед. Это делается таким образом, чтобы основная функция сопротивления была аннулирована, в то время как его сила могла использоваться для того, чтобы вызывать изменения. И действительно, предписанная

сопротивляемость перестает быть сопротивляемостью и становится исполнительностью, как это происходит в случае с трудным и недоверчивым пациентом, которому терапевт говорит: «Видите ли, существуют хорошие возможности для решения вашей проблемы и специфические техники, которые мы могли бы использовать. Но в связи с нынешними обстоятельствами и с вашими личными особенностями, я думаю, что вы не в состоянии справиться со своей проблемой». Таким образом пациент, сопротивляющийся терапевтическому вмешательству, попадает в парадоксальную ситуацию. Обычной реакцией пациента на это бывает некоторая агрессивность по отношению к терапевту, которая выражается в том, что пациент начинает выполнять те предписания, которые, по заявлению терапевта, он не в состоянии выполнить. И, как бы случайно, это приводит к усилению терапевтического сотрудничества и к аннулированию самого сопротивления.

Как в некоторых видах восточной борьбы, где точным использованием рычагов и силы тяжести сила противника используется для приведения его в нокаут, так и в этой технике сила сопротивления изменению направляется на само изменение.

Опытные гипнотизеры удачно используют эту стратегию при «реструктурировании» сопротивления расслаблению во внушение к углублению транса. Например, в случае, когда субъект выражает свое сопротивление погружению в транс, двигая пальцами руки или ногой, опытный гипнотизер говорит: «Очень хорошо, ваша рука (или ваша нога) отвечает, сейчас вы начнете двигать пальцами все быстрее и быстрее, пока не почувствуете сильную усталость, сильное желание отдохнуть и т. д.» Таким образом, сопротивление переопределяется и его сила направляется в сторону погружения в транс.

5.1.6. Использование анекдотов, историй и метафор

Другой важной коммуникативной терапевтической модальностью является использование во время клинической беседы метафор и анекдотов, историй и эпизодов, приключившихся с другими людьми. Главной характеристикой такой комуникативной стратегии является ее способность передавать сообщения в непрямой форме через проекцию и идентификацию человека с персонажами и ситуациями рассказа.

Такая модальность терапевтической коммуникации минимизирует сопротивление, поскольку человек не подвергается прямым запросам или прямым оценкам своего способа мышления и поведения. Сообщение доходит до него в завуалированной форме и в виде метафор. Например, фобико-обсессивному субъекту можно передать сообщение о механизме постоянного прислушивания к самому себе, дающему прямо противоположный желаемому эффект, когда тревожность усиливается вплоть до приступа паники, при помощи истории о сороконожке, «которая, когда остановившись поразмыслить, насколько трудно так хорошо и элегантно шагать всеми ногами сразу, не смогла больше сдвинуться с места». Затем можно предписать пациенту выполнить следующее упражнение: «Сейчас, когда вы выйдите отсюда, вообразите себя сороконожкой, и, спускаясь с лестницы, заострите внимание на том, насколько трудно шагать, спускаясь со ступенек, поддерживать равновесие шаг за шагом, ставить ступню в правильное положение. Знаете, обычно человек начинает спотыкаться и не может больше идти». Такой тип напоминающего сообщения действует гораздо эффективнее любого точного научного объяснения и вызывает у субъекта ощущуения и эмоции, пробивающие брешь в его ригидном восприятии и реакциях на окружающую реальность.

Когда используется данная техника, внушающие сообщения как бы «рассеиваются» внутри рассказа или же передаются в метафорической форме, с тем, чтобы не затрагивать непосредственно пациента, однако из-за своего могущества напоминания эти сообщения являются самым настоящим пушечным залпом по системе представлений и повторяющегося поведения пациента.

Говоря строго лингвистическими терминами, используется поэтическая функция сообщения (Jacobson, 1963), и акцент ставится на напоминающей силе этих форм коммуникации. Все мы испытали на себе подобный эффект, читая особо трогательную поэму или рассказ, увлекший нас, или смотря увлекательный фильм. Нам кажется, что это мы сами являемся героями стихов, рассказа или фильма. Хотя мы и осознаем, что это только выдумка, несмотря на это испытываем определенные эмоции, вызванные сообщениями такого типа, и посредством этого переживаем

реальный и конкретный опыт. Опять-таки Эриксон показал нам способ, с помощью которого можно провоцировать этот вид опыта в терапии; он перенес в психотерапию то, что было хорошо известно гипнотизерам. Действительно, гипнотизеру привычно вводить субъекта в транс, рассказывая похожие истории, для гипнотизера привычно и использование внушения в виде метафоры.

Вовсе не желая уменьшить гениальность Эриксона, стоит все же напомнить, что эффективность и мощь этой стратегии убеждения использовалась в течение многих веков в различных контекстах. Напоминающий язык всегда был предпочтительным типом коммуникации у великих религиозных деятелей, революционеров и диктаторов, и, естественно, у писателей и поэтов; достаточно вспомнить параболы Христа и истории Будды, или же, ближе к нашему времени, о пропагандистском стиле Муссолини и Гитлера.

Приведем еще один пример влияния напоминающего языка на введение новых представлений и видов поведения: тем, кто работает в области рекламы, известно, что при выпуске нового продукта первой основной работой, которая должна быть выполнена, является создание слогана, вызывающего фантазии и ощущения.

Но если у кого-то еще остался скепсис по отношению к могуществу этого языка, провоцирующего у людей определенный тип поведения, то он с трудом устоит перед безупречной демонстрацией «эффекта Вертера», сформулированного знаменитым социологом Дэвидом Филипсом (1974, 1979, 1980).

Этот феномен имеет долгую и интересную историю.

Публикация романа Гете *«Страдания молодого Вертера»*, рассказывающего о жарком разочаровании в любви и о самоубийстве молодого героя, произвела эффект потрясения. Помимо значительного успеха для автора, широкая известность и распространение книги спровоцировало волну подражающих самоубийств во всей Европе. Этот эффект был так силен, что в ряде государств власти запретили распространение книги.

Исследование проводилось Филипсом по следам данного «эффекта Вертера» в современное время. Оно показало, что сразу после какого-либо самоубийства, которому журналы посвящали первую страницу, головокружительно возрастада частота самоубийств в тех зонах, где об этом событии много говорилось.

По статистике самоубийств в Соединенных Штатах с 1947 по 1968 год в течение двух месяцев, следующих за самоубийством на «первой странице», случалось на 58 самоубийств больше, по сравнению со средним уровнем. Мало того, при рассмотрении данных метрики и анамнеза выявлялось поразительное сходство между ситуацией первого, ставшего знаменитым самоубийцы и ситуациями тех, кто покончили с собой вслед за ним. А именно, если самоубийца был в возрасте, то учащались самоубийства среди пожилых людей, если же самоубийца пронадлежал определенному социальному кругу или профессии, то учащались самоубийства в этих сферах и т. п.

Но Филипс не ограничился лишь этой констатацией; прибегнув к анализу возможного «эффекта Вертера» не только в случае самоубийств, он показал, что данный эффект проявляется и в других случаях, как, например, в случае актов насилия, или, наоборот, в случае героических поступков. Необходимым условием являлось их широкое «рекламирование» и тот факт, что адресатом сообщения являлся человек, похожий или воображающий себя похожим на протагониста рассказанного эпизода.

На основании этого исследования становится очевидным то напоминающее могущество механизма проекции и идентификации, о котором было сказано выше, а также его эффективность в вызывании подражающего поведения со стороны получателей сообщения, ощущающих свое сходство с героем рассказанного происшествия.

Поскольку психотерапия заинтересована в продуцировании изменений в поведении и в представлениях пациента, нам кажется, что не следует пренебрегать необыкновенным могуществом, которое могут иметь анекдоты, истории и действительно случившиеся эпизоды, подходящие к проблемной реальности пациента. Посредством описанных механизмов они приведут субъекта к изменению в его схемах действия по отношению к проблеме, а они, в свою очередь, приведут к последующему изменению его перцептивных и когнитивных схем.

5.2. Предписания поведения

Предписания поведения, которые пациент должен выполнять вне сессии в интервале между двумя встречами с терапевтом, играют фундаментальную роль в стратегической терапии.

Как было показано выше, для того чтобы изменить, нужно пройти через конкретный опыт: предписания поведения предоставляют возможность *прожить* таковой конкретный опыт изменения вне терапевтического сеанса. Этот фактор заслуживает самого пристального внимания, поскольку то, что пациент активно действует без непосредственного присутствия терапевта и в рамках своей повседневной деятельности, является для него лучшей демонстрацией его собственных способностей изменить проблемную ситуацию. Тот факт, что он выполняет некоторые действия неосознанно, поддаваясь эффекту использованных терапевтом *поведенческих ловушек*, не изменяет это утверждение, поскольку, осознанно или нет, но пациент осуществляет что-то, что раньше сделать был не в состоянии. Подобный опыт, будучи однажды пережит, становится осязаемым и неоспоримым доказательством – конкретным и реальным – того, что пациент может преодолеть свои трудности.

Это с очевидностью приводит к открытию новых перспектив восприятия и реакций на проблемную реальность, или, иными словами, приводит к ломке механизма действий, ответных реакций и «предпринятых попыток решения», поддерживающих проблемную ситуацию.

Предписания поведения могут быть схематично разделены на три категории:

1) прямые;
2) непрямые;
3) парадоксальные.

5.2.1. ***Прямыми предписаниями*** является тот тип прямых и ясных указаний по выполнению действий, которые направленны на решение представленной проблемы или на достижение одной из последовательных целей изменения. Этот тип вмешательства полезен, когда пациент очень расположен к сотрудничеству и незначительно сопротивляется изменениям; такому пациенту достаточно дать ключ к решению проблемы, предписав, как следует вести себя в проблемной ситуации, чтобы отключить механизмы, поддерживающие существование проблемы.

Возьмем в качестве примера пару постоянно ссорящихся между собой супругов, когда становится ясным, что истоком их постоянных ссор является тот факт, что каждый из них – из наилучших побуждений – старается исправить предполагаемые ошибки поведения другого. Легко понять, как такая ситуация приводит к значительной эскалации ссор. Действительно, таким образом возникает бесконечный круговорот действий и реакций, направленных на исправление ошибок каждого из партнеров. В подобной ситуации, если один из супругов склонен к сотрудничеству, для прекращения этой бесконечной игры, будет достаточно явным образом объяснить ситуацию этому партнеру и дать ему задание разорвать эту цепь, удерживаясь от проявления оппозиционных реакций на корректирующее поведение супруга или даже соглашаясь с ним.

Другой обычной функцией прямых предписаний является консолидация достигнутых изменений в фазе, следующей за ломкой дисфункциональной системы, которая поддерживала проблему, с помощью последовательности осознанных действий пациента и его способностей к успешному столкновению с проблемными ситуациями. С этой целью пациенту прямым и эксплицитным образом предписывается выполнять домашнее задание и проясняется программа прямых предписаний.

5.2.2. ***Непрямые предписания*** являются предписаниями определенного поведения, маскирующими свою истинную цель. А именно, предписывается сделать что-то с целью произвести некий эффект, отличный от того, который заявляется или предписывается. Этот тип предписаний использует гипнотическую технику сдвига симптома, при которой внимание пациента обычно отвлекается на какой-то другой проблемный момент, что уменьшает интенсивность представленной проблемы.

Для пояснения этой техники можно прибегнуть к аналогии с техникой иллюзиониста, который привлекает внимание публики к каким-то своим очевидным движениям, в то время как сам незаметно осуществляет трюк, производя таким образом зрелищный эффект, кажущийся магическим.

Например, страдающему фобией пациенту при проявлении симптома предписывается выполнять задание, порождающее тревожность и вызывающее чувство неловкости: детально записывать свои ощущения и мысли в этот момент, чтобы потом принести их на рассмотрение

терапевту. Обычно пациент возвращается с чувством вины за невыполненное «неудобное» задание. Но он также докладывает, что странным образом – он не может себе объяснить как – но у него в эту неделю не было симптомов фобии. Очевидно, что именно из-за неудобства или тревожности, сопровождающей выполнение данного терапевтом задания, пациент и не проявил симптома, во время которого он должен был это задание выполнять.

Другими словами, внимание сместилось с симптома на задание и тем самым нейтрализовало проявление симптома посредством «доброкачественного обмана».

Однако самым важным здесь является тот факт, что пациент сам себе продемонстрировал посредством конкретного опыта, что он может контролировать и аннулировать свои симптомы. Такой тип вмешательства играет фундаментальную роль в первой фазе стратегического вмешательства в силу своей способности обходить сопротивление изменениям, поскольку пациент при этом вынужден делать что-то, в чем он во время исполнения предписания не дает себе отчет. В действительности подобное вмешательство способствует быстрой и эффективной ломке ригидной ситуации дисфункциональных действий и ответных реакций.

5.2.3. ***Парадоксальные предписания*** вытекают непосредственно из заметок и наблюдений, сделанных выше в отношении использования парадокса в терапии. В случае проблемы, представляющейся спонтанной и неудержимой, например, повторяющееся принуждение, обсессии или навязчивое поведение, является очень эффективным предписать сам симптом, поскольку таким образом пациент ставится в парадоксальную ситуацию, в которой он должен сознательно выполнять то, что было непроизвольным и неконтролируемым, и чего он всегда старался избегать. В этом случае *сознательное выполнение симптома* аннулирует его, поскольку, для того чтобы являться симптомом, он должен быть спонтанным и неконтролируемым.

Например, пациенту с ритуалом, предшествующим ночи, когда он должен неоднократно проверить, закрыты ли краны, выключено ли электричество и газ, и когда он должен всегда одним и точно тем же образом поставить в определенное положение обувь, прежде чем заснуть, было предписано:

а) каждый вечер очень внимательно сознательно проделать процедуру закрытия кранов, газового вентиля и электровыключателя заданное количество раз поочередно каждой рукой;

б) поставить обувь так, как он всегда это делал, но направить ее носки в обратную сторону. Этим предписанием в течение двух недель было достигнуто полное исчезновение предночных ритуалов.

Как и непрямые предписания, парадоксальные предписания имеют большое могущество в обходе сопротивления и поэтому очень полезны в главной фазе ломки системы, поддерживающей проблему.

Чтобы предписания, во всех их формах выполнялись пациентом и были эффективными, их нужно тщательно разрабатывать и представлять пациенту как самые настоящие гипнотические команды, прибегая к описанным в предыдущем параграфе техникам терапевтического общения. Как мы уже утверждали, мы считаем центральным моментом, в силу его эффективности в психотерапии, использование гипнотического и внушающего языка[31]. Иначе пациенты редко выполняют предписания, особенно непрямые и парадоксальные. Возможно, именно поэтому некоторые терапевты жалуются на неэффективность парадоксальных предписывающих методов.

Следовательно, предписания должны произноситься медленно и членораздельно, внушение должно быть повторено несколько раз и представлено в последние минуты сессии. Здесь вполне можно провести аналогию с техникой погружения в гипнотический транс.

Действительно, как это происходит и в случае гипнотического внушения, чем больше терапевту удается нагрузить предписание внушением, тем лучше оно будет выполнено и тем большей будет его эффективность.

Что касается эффективности данной терапевтической стратегии и ее функционирования в продуцировании изменений, то нам кажется, что она была достаточно описана и подчеркнута в первой части нашей книги, и поэтому мы считаем повторение излишним. Что же касается ее эффективности как средства убеждения в контекстах, отличных от терапевтического, то эта стратегия имеет древнюю историю. Достаточно вспомнить о ритуалах племенной и религиозной инициации, сопровождающих с незапамятных времен историю человечества.

Если бы мы избрали своей темой использование поведенческих предписаний в истории психотерапии, то это изложение завело бы нас так далеко, что пришлось бы писать еще одну книгу, поэтому не будем этого делать и для дальнейшего пояснения этой терапевтической стратегии и ее эффекта отправим читателя к следующей главе данной книги, рассматривающей клинические случаи.

Тем не менее, прежде чем поставить точку, очень важно пояснить, что после выполнения каждого преписания необходимо всегда произвести переопределение результата и похвалить пациента за проявленные способности. Необходимо сделать так, чтобы он осознал тот факт, что казавшиеся ему непобедимыми проблемы можно легко решить, и что он сам доказал это выполненными им самим действиями. Предписания могут быть сформулированы разным образом и могут относиться к самым разным действиям: простым, выполняемым дома действиям, сложным ритуалам или же к действиям, которые кажутся совсем не относящимися к представленной пациентом проблеме. Главное, чтобы терапевт при подаче предписаний старался с помощью своей изобретательности и фантазии найти верный ключ к запертой двери, представленной дисфункциональной системой действий и ответных реакций, характеризующей пациента.

6. Завершение лечения

Последняя сессия в стратегической терапии играет очень важную роль последнего мазка и установления подходящей рамы для законченного произведения искусства. Целью здесь является окончательная консолидация личной самостоятельности проходившего лечение человека. Для этого прибегают к резюме и к детальному объяснению проведенного терапевтического процесса и использованных стратегий, чтобы тем самым дать пациенту ясное осознание некоторых странных техник, использованных при вмешательстве (непрямые задания, внушения, парадоксальные предписания).

Это заключительное переопределение считается необходимым для достижения пациентом полной личной самостоятельности. Мы убеждены в том, что самостоятельность требует для своей консолидации осознания того факта, что «психическая и поведенческая» реальности изменилась благодаря системному и научному вмешательству, а не благодаря какой-то странной форме волшебства. Но, прежде всего, подчеркиваются способности субъекта, проявленные при выполнении с упорством и настойчивостью «тяжелой» работы, необходимой для решения проблемы, и выделяется приобретенная им способность преодолевать – теперь уже самостоятельно – проблемы, которые могут возникнуть в дальнейшем.

По нашему мнению, способствовать поддержанию личной самостоятельности и приобретению корректной самооценки – фундаментальный момент, который приобретает форму позитивного внушения на будущее.

В этой связи уместно напомнить, что в ходе лечения стараются никоим образом не создать зависимости. Действительно, после каждого достигнутого небольшого изменения прибегают к тщательной похвале пациента за его прилежание и личные способности по преодолению проблемы. Кроме того, краткосрочность вмешательства с самого начала подталкивает пациента к осознанию своей собственной ответственности и за исход терапии. Осуществляемая терапевтом манипуляция ситуацией и его личное влияние на пациента направлены на то, чтобы он как можно быстрее приобрел способность реагировать корректным образом на представленную проблему. И наконец, подчеркивается, что во время вмешательства были активизированы характеристики и качества уже присущие пациенту, которые он теперь осознал и способен использовать. Не было добавлено ничего, чем он бы уже не обладал. Пациент научился воспринимать реальность и реагировать на нее, благодаря использованию своих собственных дарований и пережитого опыта, который только направлялся терапевтом, но теперь он в состоянии действовать совершенно самостоятельно.

Глава 5. Две модели специфического вмешательства

Всему нужно учиться не для показа, а чтобы использовать знание.

Г. К. Лихтенберг, Книжечка утешений

После представления и обсуждения типичной стратегической клинической практики с точки зрения процесса терапии и наиболее разработанных и используемых терапевтических процедур, нам представляется полезным предложить читателям две модели специфического вмешательства при расстройствах определенного типа, а именно привести два терапевтических протокола, разработанных специально для решения особых типов проблем.

Продолжив аналогию с учебником шахматной игры, где обычно приводятся некоторые способы достижения «мата» за ограниченно числом ходов в зависимости от первых ходов противника, заметим, что в терапии тоже можно иметь наготове запланированную серию стратегий, ведущих к решению определенных категорий проблем, как бы к специфическому мату, объявляемому определенным психологическим симптомам. Во избежание неясности хотим подчеркнуть, что подобная терапевтическая программа всегда предусматривает адаптацию этих запланированных специфических стратегий к личным особенностям каждого субъекта и контексту его межличностных взаимодействий.

Ниже будут представлены две специфические модели вмешательства при фобических расстройствах, таких как приступы паники и агорафобия; и при обсессивных расстройствах, таких как компульсивные ритуалы и обсессивные навязчивые идеи.

Эти две модели были разработаны эмпирическим путем при применении изначального проекта терапевтической программы и специфических стратегий к группе субъектов с подобными расстройствами. Оказываемый этой программой и стратегиями эффект подвергался изучению и оценке, на основе чего адаптировались и изменялись как программа, так и стратегии.

Одна и та же процедура многократно повторялась, а изучение стратегий осуществлялось еще и благодаря видеозаписи сессий. Эта методология, отправляясь от первоначально сформулированных гипотез терапевтического вмешательства, позволила постепенно сфокусироваться и остановиться на наиболее эффективных и экономичных терапевтических стратегиях для данных расстройств и на наиболее подходящем для них процессе терапии, начиная с первых ходов вплоть до заключительного «мата» проблеме. Представленные здесь два протокола являются на данный момент наиболее рафинированной формой, к которой мы пришли в результате проведенной работы по исследованию, конструированию и оттачиванию специфических стратегических планов вмешательства. Эти терапевтические программы в своей наиболее усовершенствованной форме были применены к выборке субъектов с двумя типами проблем, избранных для анализа. Результаты кажутся нам несомненно удовлетворительными, как с точки зрения эффективности, так и с точки зрения экономичности терапии.

Прояснив положения, касающиеся процедуры разработки протоколов, можно перейти к изложению самих моделей вмешательства. Затем будет представлена количественная оценка результатов, достигнутых при применении данных протоколов к упомянутой выборке специфических пациентов. Изложение состоит из четырех частей, соответствующих четырем стадиям, на которые разделялись оба протокола вмешательства; каждая стадия характеризуется заранее поставленной целью для достижения и используемыми для достижения намеченного эффекта стратегиями. Две заранее разработанные терапевтические программы применялись в неизменной форме соответственно к фобическим субъектам и к обсессивным субъектам.

Обе модели являются терапевтическим вмешательством на индивидуальном уровне; этот выбор обоснован большей эффективностью такого подхода к терапии указанных форм расстройств, что было выявлено в нашем клиническом опыте.

1. Вмешательство при фобических расстройствах

1.1. Предъявленная пациентом проблема

Фобические расстройства у пациентов, с которыми проводилась терапия по нашему протоколу, можно схематично подразделить на две категории по тяжести фобической симтоматики.

Первая категория расстройств представлена тяжелыми формами агорафобии и приступами паники, вторая – менее тяжелыми формами того же клинического типа, которые тем не менее характеризуются присутствием сильных приступов тревожности и страха.

Чтобы лучше пояснить концепцию тяжелых форм агорафобии и приступов паники, следует обратиться к таким психологическим проблемам, которые можно определить как «страх страха».

Все субъекты вмешательства, демонстрировавшие данный тип проблемы, были вынуждены оставить всякий тип деятельности, требующий хотя бы немного прилежания, ответственности или привлечения к себе внимания других людей (работа, спорт, увлечения, праздники и т. д.) из-за неуправляемого страха. Субъекты чувствовали себя не в состоянии ни выйти самостоятельно из дома, ни остаться дома в одиночестве. Любой физический стимул в их окружении интерпретировался ими как сигнал тревоги и вызывал чувство ужаса, так же как и любой стимул самовосприятия или любое телесное ощущение воспринимались ими как болезненный симптом и провоцировали панический приступ. Ситуация становилась невыносимой как для отдельного индивида, так и для его окружающих (супруг, семья, друзья и т. д.), которые должны были делать так, чтобы субъект никогда не оставался в одиночестве, отдаваясь при этом своим фобическим навязчивым идеям.

Симптоматика, представленная второй описательной категорией пациентов, была определенно менее тяжелой. Эти пациенты в своей фобической проблематике не дошли до отказа от обычной рабочей, родительской или домашней активности, которой они продолжали заниматься, однако это стоило им большого труда, и уровень их продуктивности крайне снизился. Во всех случаях часто имели место блокирующие активность приступы тревожности и страха, которым иногда не предшествовал никакой очевидный стимул, способный вызвать данную фобическую реакцию. В подобные моменты пациенты не были способны сделать что-либо, чтобы разблокировать ситуацию. Кроме того, эти симптомы со временем становились все тяжелее и проявлялась все чаще.

1.2. Протокол вмешательства

Чтобы пояснить процесс терапии и использованные терапевтические процедуры, нам представляется полезным привести резюмирующую схему терапевтического вмешательства. Как уже было сказано выше, терапевтический процесс разделяется на четыре стадии, характеризующиеся заранее заданной целью, которую необходимо достичь до перехода к следующей стадии терапии, а так же терапевтическими стратегиями, специфичными для каждой стадии вмешательства.

РЕЗЮМИРУЮЩАЯ СХЕМА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Первая стадия: от первой до третьей сессии

Цели:

1) достижение доверия и сотрудничества;
2) ломка ригидной системы восприятия реальности;
3) демонстрация на практике того, что изменение возможно.

Стратегии:

1) использование языка пациента;
2) реструктурирование проблемы;
3) непрямое предписание;
4) переопределение эффектов и изменений.

Вторая стадия: от третьей до пятой сессии

Цели:

1) укрепление способности к изменению;
2) реальное изменение ситуации;
3) когнитивное реструктурирование.

Стратегии:

1) парадоксальное предписание;
2) реструктурирование;
3) Техника медленных, постепенных изменений.[32]

Третья стадия: начиная с пятой сессии

Цели:

1) прямое подталкивание пациента к созданию ситуаций постепенного преодоления проблемы;

2) переопределение восприятия пациентом самого себя, других людей и окружающего мира.

Стратегии:

1) прямые предписания поведения, сопровождающиеся особыми внушениями;

2) переопределение ситуации после каждого выполненного предписания.

Четвертая стадия: последняя сессия

Цели:

1) решительное побуждение к личной самостоятельности и ее укрепление.

Стратегии:

1) детальное объяснение совместно проделанной работы и использованных техник;

2) заключительное переопределение продемонстрированных способностей к решению проблемы (положительное внушение на будущее).

Первая стадия: от первой до третьей сессии

Первая сессия является исключительно важным моментом при лечении фобических субъектов, поскольку для них задача найти возможное решение своей проблемы не терпит отлагательства, и если они сразу не испытывают ощущения, что находятся на верном пути, то осуществляют побег от терапии и отправляются на поиск другого метода. Поэтому фундаментальным положением представляется как можно раньше начать использовать сфокусированные терапевтические маневры, быстро задействуя индивида в проект изменения.

Исходя из этого, во время первой сессии, внимательно выслушав описание проблемы и придя к соглашению о целях терапии, – используя в этой фазе для установления функционального терапевтического сотрудничества упомянутую выше технику «копирования», – переходят к первому терапевтическому маневру.

Таковым маневром является реструктурирование системы межличностных отношений, в которой живет фобический пациент.

Обычно этот тип пациентов живет в системе межличностных отношений, характеризующейся массивной социальной поддержкой со стороны супруга, родственников, друзей и других фигур; все эти фигуры служат для того, чтобы фобический субъект чувствовал себя защищенным и спокойным благодаря их готовности вмешаться, как только у него начинается кризис и он просит о помощи. В этой ситуации подобный тип социальной поддержки действует как «предпринятая попытка решения», которая поддерживает проблему. А именно: вместо того, чтобы помочь субъекту преодолеть собственные страхи, подобное отношение и социальное поведение подпитывает проблемную ситуацию, поддерживая ее в действии, поскольку способствуют тому, чтобы субъект оставался заключенным в тюрьму своих убеждений в том, что в одиночку он не сможет справиться со своим страхом.

На этом положении основывается первый шаг терапии, который должен заключаться в ломке системы межличностных отношений, поддерживающих проблему. Для достижения этого результата в фокусе первого шага терапии находится способ восприятия данной реальности индивидом и его обычные реакции. Пациенту говорится, что его проблема, как впрочем, и любая другая, безусловно, нуждается в помощи со стороны других людей. Однако, если мы намерены выйти из этой драматической ситуации, мы должны понять, что оказываемая ему поддержка и помощь, конечно же, не могут изменить его состояния. Затем пациенту говорится, что он не только должен перестать рассчитывать на помощь и поддержку окружающих как на решение проблемы, но даже, напротив, должен начать считать их помощь опасной и пагубной, поскольку она может ухудшить проблему. Хотя в данный момент он и не может без такой поддержки обойтись.

Продолжая в подобном тоне, переходят к некоему внушающему, теоретическому рассуждению, направленному на объяснение того, каким образом окружающие пациента люди теперь уже стали составной частью дисфункциональной системы, и что они, будучи задействованы таким образом, не могут сделать ничего для того, чтобы изменить ситуацию. Своей поддержкой и помощью они лишь дают пациенту подтверждение его недееспособности и его зависимости от них. Это действует настолько тонко, что его проблема может только лишь все более обостряться. После чего пациенту вновь повторяют, что несмотря на это в данный момент он не может обойтись без помощи других людей.

Как вы уже хорошо поняли, это пероея реструктурирование нацелено на то, чтобы направить страх пациента в определенный канал, побуждая его к реакциям, которые ломают его систему межличностных отношений, способствующую поддержанию в действии проблемы страха и неуверенности пациента в себе.

Действительно, при переопредении поддержки и помощи других людей в то, что усугубляет его симптоматику, смещается перспектива восприятия пациентом существующей в данный момент системы взаимоотношений. Теперь он может смотреть на нее не как на спасительный якорь, а как на что-то опасное и пагубное.

Введение этого нового восприятия в представления пациента означает пробуждение у него страха перед помощью, поскольку помощь означает ухудшение собственных симптомов. Таким образом, сила фобического растройства направляется на аннулирование дисфункциональной системы поддержки.

Кроме этого, во время реструктурирования очень важно подчеркнуть следующее: несмотря на все, что было сказано, мы все же считаем, что пациент в данный момент не может обойтись без помощи других людей. Это парадоксальное утверждение обычно повышает чувствительность пациента, который захочет показать терапевту, что он может сразу отказаться от пагубной помощи и сотрудничать с ним в решении своих проблем.

После этой первой терапевтической акции, обычно занимающей большую часть сессии, переходят к предъявлению первого предписания поведения для его осуществления в повседневной жизни. Однако при этом терапевт утверждает, что это всего лишь фаза исследования, а данное задание является исследовательской техникой – оно должно быть выполнено с буквальной точностью, чтобы позволить лучше познакомиться с ситуацией. Все это делается для того, чтобы при выполнении задания пациент избегал оценивания его эффекта и тем самым излишне не заострял внимание на самом эффекте, что могло бы понизить эффективность предписания. При представлении же предписания в качестве простой исследовательской техники подобные ожидания и реакции у пациента не вызываются.

Предписание дается следующим образом: «Всякий раз когда Вы чувствуете кризис, чувствуете момент паники, чувствуете, как растет уровень тревожности и т. д., даже если это случается по сто раз в день, выньте из кармана «вахтенный журнал», который я вам даю, и запишите все, что происходит, детально следуя инструкциям и заполняя каждый раздел этого журнала. На следующей сессии вы оставите мне относящиеся к прошедшей неделе страницы, и я их буду изучать».

«Вахтенный журнал» – это заранее приготовленный небольшой блокнот, который дается пациенту во время предписания: речь идет об очень скучном формуляре с примерно десятью колонками, относящимися к дате, месту, ситуации, мыслям, действиям, симптомам и т. д., на заполнение которого каждый раз уходит около пяти минут времени.

Во всех представленных нами случаях эффект данного предписания был примерно одинаков. На второй сессии пациент начинал свой рассказ со следующего: «Доктор, вы должны меня извинить, но я не выполнил данное мне задание. Странным образом, за эту неделю у меня не случилось приступов». Или же: «Знаете, доктор, странным образом я чувствовал себя значительно лучше, у меня возникло несколько критических моментов, но – не знаю как это объяснить, это совершенно удивительно, – при выполнении записей тревожность и страх быстро проходят».

Что произошло? Каким образом удалось осуществить подобное изменение?

Произошла ломка ригидной системы восприятия реальности, вынуждающей индивида к определенным дисфункциональным реакциям. Дающая нежелательный эффект система социальной поддержки была аннулирована. «Заклинание» было разрушено.

Нам представляется возможным следующее объяснение этого феномена: предписанное задание и осуществленное во время сессии реструктурирование вынуждают пациента больше не использовать привычные «предпринятые попытки решения», которые усложняли проблему, вместо того, чтобы решать ее (например, стараться всеми силами не думать о своих ощущениях, или обращаться за помощью к другим людям). Кроме того, тот факт, что пациент должен был скрупулезно записывать события и мысли, поставил его в совершенно иную ситуацию по отношению к его страху: это предписание при его выполнении ставило пациента в неудобное положение, и фобический субъект, избегая чувства неловкости, избавлялся от исходных реакций.

Другими словами, *чувство неловкости заменило страх,* блокировав его: здесь вновь была использована сила симптома для того, чтобы аннулировать сам симптом.

На второй сессии, после отчета пациента о прошедшей неделе, переходят к терапевтической акции, укрепляющей эффект предыдущих маневров: переопределению ситуации. А именно: «Следовательно, проблема не так уж страшна, раз такого банального предписания оказалось достаточно для того, чтобы изменить ситуацию. Значит, ваши расстройства не являются такими уж непобедимыми, необоримыми, вы можете измениться, вы это доказали за прошедшую неделю». И в продолжение всей сессии настаивают на этом переопределении. Тем самым, в дополнение к ломке ригидной системы дисфункциональных реакций, достигается немедленное укрепление веры пациента в собственные возможности. А именно, начинают сдвигать осознаваемую им точку зрения на реальность с дисфункциональной перспективы на более функциональную.

В этот момент, если пациент дал оптимальный ответ на первые терапевтические действия, в конце первой сессии переходят ко второй стадии терапевтической программы; в противном случае то же самое предписание остается неизменным и на следующую неделю, чтобы продолжить повторение переопределения на третьей сессии и таким образом добиться желаемого эффекта.

Вторая стадия: от третьей до пятой сессии

Во всех случаях в конце второй или третьей сессии дается новое предписание поведения, а именно парадоксальное предписание типа «будь спонтанным»: «Поскольку за истекшие недели вы показали себя настоящим молодцом в борьбе с вашей проблемой, я дам вам сейчас задание, которое покажется еще более странным и абсурдным, чем предыдущее, которое вы выполняли. Но, как мы договаривались, вы должны в точности его выполнить. К тому же, мне кажется, что я заслужил немного вашего доверия, вы так не думаете? Значит, так: я предполагаю, что у вас дома есть будильник, из тех, что звонят таким несимпатичным образом? Хорошо, каждый день, в один и тот же час, о котором мы сейчас договоримся, вы должны взять этот будильник и завести его, чтобы он позвонил через полчаса. В течение этого получаса вы закроетесь в комнате своего дома и, сидя в кресле, постараетесь почувствовать себя как можно хуже, концентрируясь на наихудших фантазиях, относящихся к вашей проблеме. Думайте о самых ужасных страхах, пока не вызовете у себя сознательно приступ тревожности и паники. Оставайтесь в этом положении в течение получаса. Как только прозвонит будильник, выключите его и прекратите упражнение, оставив свои мысли и ощущения, которые вы у себя спровоцировали, и вернетесь к Вашей обычной повседневной деятельности».

Это парадоксальное предписание производило два типа эффекта. Первый: «Доктор, мне совершенно не удалось войти в ситуацию, я очень старался, но мне все казалось таким чудным, что даже хотелось смеяться». Второй тип: «Доктор, мне так хорошо удалось выполнить задание, что я чувствовал те же самые ощущения, что и раньше, я ужасно страдал, но потом, к счастью, прозвонил будильник, и все закончилось».

Нужно отметить, что при обоих типах ответа, помимо получаса, отведенного на выполнение задание, большая часть пациентов не испытала ни одного момента кризиса в остальную часть дня, некоторые пациенты пережили лишь спорадические эпизоды легко контролируемой тревожности.

На следующей сессии, после отчета пациента об эффекте, произведенном предписанием, ситуация переопределялась еще раз. В случае эффекта первого типа переопределение было следующим: «Как вы имели случай констатировать, ваша проблема может быть аннулирована именно тем, что вы ее сознательно провоцируете. Это парадокс, но, знаете, наше мышление иногда действует, следуя скорее парадоксу, нежели логике. Вы учитесь больше не попадать в ловушку вашего расстройства и «предпринятых попыток решения», которые, вместо того, чтобы решить проблему, усложняют ее». И в этом тоне разговор продолжался в течение всей сессии. В случае реакции второго типа переопределение было следующим: «Очень хорошо, вы учитесь модулировать свое расстройство и управлять им. Поскольку вы способны сознательно провоцировать симптомы, вы способны также и редуцировать или аннулировать их». И в том же духе на протяжении всей сессии.

Следовательно, в обеих ситуациях переопределение было направлено на укрепление сознательности и веры в возможность изменения и полного решения проблемы.

Пациент получал неоспоримые конкретные доказательства эффективности работы, которую он проводит совместно со специалистом. С одной стороны, это приводило его к исключительному терапевтическому сотрудничеству и, с другой стороны, к постепенному дальнейшему изменению восприятия собственной реальности. Кроме того, мы внимательным образом приписывали ответственность за изменения личным способностям самого пациента, представляя терапевта стратегом, использующим особые техники для выявления того, чем пациент уже обладает, но чем не умеет пользоваться. Это рассуждение удивительным образом стимулирует тех пациентов, которые всегда считали себя неспособными, чему они и получали подтверждение из поведения окружающих людей. В результате этого внимание фокусируется на личных способностях и на повышении самооценки пациента.

К этому моменту, всего за несколько недель ситуация радикально менялась; во всех случаях, которые рассматриваются в данной работе, симптомы, ограничивающие свободу и обездвиживающие, больше не проявляются. Однако пациенты не могли считаться излеченным. В этой фазе очень важно уменьшить эйфорию, предостерегая пациента от опасности чрезмерно быстрого выздоровления (техника медленных постепенных изменений)[33]. Поэтому необходимо притормозить и подумать о том, что, если нажимать слишком сильно на педаль газа, легко сбиться с дороги и вновь вернуться в проблемную ситуацию. Теперь очень важно закрепить достигнутое, и таким образом мы переходим к следующей стадии терапии.

Третья стадия: начиная с пятой сессии

По достижении этой фазы терапии, следующим шагом становилось разработка *программы прямых предписаний* поведения. Они составляются на основе прогрессивной шкалы ситуций, повышающих уровень тревожности пациента, который постепенно вводится в эти ситуации. Здесь существует некоторая аналогия с тем, что происходит при систематической десенсибилизации в поведенческой терапии, однако в нашем случае в каждое предписание поведения добавляется внушение, неизбежно приводящее пациента к выполнению задания, вызывающего тревожность (*анксиогенного задания*).

Например, женщине тридцати трех лет, которая на этом этапе терапии выбрала первым прямым ансиогенным заданием вождение машины, предлагается описать в деталях один из эпизодов паники, который ей хорошо запомнился. Женщина рассказала, как однажды, некоторое время назад, ведя машину по сельской местности в окрестностях Ареццо, она испытала такой приступ страха, что ей пришлось остановиться и попросить помощи; ей помог проезжающий автомобилист, который отвез ее в ближайший пункт скорой помощи. После этого эпизода она больше не могла выезжать на машине за пределы городских дорог. Предписание было следующим: «Хорошо, я думаю, что после всего, что вы сумели сделать в предыдущие недели, буквально выполняя мои инструкции, вы, безусловно, сможете преодолеть и это первое испытание. Но, как обычно, выполняйте в точности все, о чем я вас попрошу. Завтра, в послеобеденный период, вы спуститесь в гараж, заведете машину, выедете и должны будете проехать тот самый путь, о котором вы мне рассказали. Но вместо того, чтобы проехать его в том же направлении, вы должны проехать эту дорогу в обратную сторону *(первое внушение)*. Кроме того… позвольте-ка мне поразмыслить… Вы, конечно, знаете, что, примерно на середине пути есть небольшой объезд, который ведет к тому магазину, где продаются фрукты, собранные непосредственно в окрестностях. Мне очень нравятся яблоки, поэтому вы поедете в этом направлении и зайдете купить для меня самое большое и спелое яблоко, какое вы найдете в магазине. Это яблоко вы сразу же немедленно привезете сюда, в мой кабинет. Я буду занят и не смогу принять вас, но вы постучите в дверь и дадите мне яблоко, а потом мы увидимся на нашей следующей сессии *(второе внушение)»*.

На следующий день эта сияющая и улыбающаяся женщина постучала в дверь моего кабинета с огромным яблоком в руках. На следующей неделе, во время сессии, она рассказала мне с большим энтузиазмом, что в течение всей недели она совершала ежедневные послеобеденные прогулки на автомобиле, отваживаясь заезжать все дальше без минимального страха, напротив, находя в этом большое развлечение.

Практически пациентке было дано анксиогенное задание, зажатое между двумя внушениями, первое из которых относилось к самому заданию, второе относилось к независимому заданию, которое для своего выполнения предусматривало выполнение первого задания. Таким образом, внимание пациентки было сконцентрировано на втором задании, а не на первом, действительно анксиогенном. Однако, выполнив один раз все задание, женщина заметила, что она действительно преодолела свой страх. Она поняла трюк, и все же при этом она продемонстрировала самой себе своим конкретным действием, в котором невозможно сомневаться, что действительно способна преодолевать свои трудности.

В отличие от классической десенсибилизации в поведенческой терапии, которая часто стопорится, поскольку индивид отказывается выполнять прямые предписания поведения, в нашем случае посредством «доброкачественного обмана» удается добиться выполнения таких предписаний, которые было бы невозможно выполнить, если давать их отдельно. Как иллюзионист смещает внимание наблюдателя, в то время как осуществляет трюк, так и этот тип терапевтического маневра обходит блок тревожности.

На третьем этапе вмешательство развивается в направлении выполнения прямых предписаний поведения, относящегося к шкале согласованных с пациентом вызывающих тревожность ситуаций. Важно напомнить, что после каждого предписания, как и на первых фазах терапии, применялось переопределение реальных способностей индивида к преодолению ситуаций, которые раньше поставили бы его в критическое положение. Кроме того – по мере продвижения терапии – внушений, сопровождающих предписания, становилось все меньше и меньше, пока они не уступали все пространство только прямым предписаниям поведения.

Обычно, при продвижении этим путем, наступал момент, когда сам пациент утверждал, что чувствует себя способным без проблем столкнуться с любой ситуацией, которая раньше была анксиогенной. Этот момент является переходным к последней стадии вмешательства – заключительной.

Четвертая стадия: последняя сессия

Последняя встреча, как мы уже поясняли, играет роль последнего мазка кистью и установления подходящей рамки к законченной работе с целью окончательного укрепления личной самостоятельности пациента. Для этого проводилось резюмирование и детальное объяснение осуществленного терапевтического процесса и использованных стратегий с подробным объяснением их действия. При этом пациенту повторяется, что изменения произошли благодаря его личным дарованиям, терапевт же только активизировал эти уже присущие пациенту личностные качества, но ничего не добавил, поскольку это, к тому же, было бы невозможно.

На этом основании мы переходим к завершению вмешательства, утверждая, что пациент теперь уже научился хорошо пользоваться своими способностями, следовательно, больше не нуждается в помощи терапевта.

После чего мы договариваемся об условиях последующего наблюдения[34] и окончательно прощаемся с теперь уже бывшим пациентом.

1.3. Эффективность и экономичность лечения

1.3.1. Выборка

Изложенный здесь протокол лечения был применен к 41 субъекту, которые представляли описанные типы фобических расстройств.

Выборка состояла из 24 женщин и 17 мужчин, средний возраст – 31 год, самому молодому субъекту было 18 лет, самому старшему – 71 год. Социальные слои, к которым принадлежали субъекты, были очень разнородными, так же как и их профессиональная деятельность – от преподавателя и профессионала/специалиста до медика, рабочего, домохозяйки и студента.

Таким образом можно сказать, что выборка была представлена очень отличающимися друг от друга индивидуальными реальностями, объединяемыми только фобической симптоматикой субъектов, и была значимой по числу подвергшихся лечению случаев.

1.3.2. Эффективность[35]

Оценка эффективности проводилась на основе следующих критериев:

1) оценка конечного исхода терапии;

2) сохранение достигнутых результатов во времени или же возникновение симптоматических рецидивов и/или появление симптомов, заменяющих изначальные.

На основании данного методологического критерия результаты лечения оказались следующими:

Тридцать два случая *полного решения:* случаи с полным решением проблемы в конце терапии и с отсутствием рецидивов в течение одного года.

Семь случаев значительного улучшения: случаи с полной ремиссией симптомов в конце терапии, которые, однако, характеризовались в течение периода последующего наблюдения возникновением спорадических и легких приступов тревожности, которые, тем не менее, легко контролировались субъектом.

Два случая с незначительным улучшением: случаи с частичным уменьшением симптоматологии в конце лечения, которые в период последующего наблюдения характеризовались частыми моментами приступов тревожности и страха. Тем не менее эти кризисы определялись субъектами как гораздо менее сильные по сравнению с кризисами, предшествующими терапии.

Ни одного случая без изменений.

Ни одного ухудшения.

Это означает, что лечение достигло полного успеха в 78 % случаев; успешными в конце лечения, но с легкими рецидивами во времени были 17 % случаев; незначительный успех наблюдался в 5 % случаев как в конце терапии, так и в последующий период.

1.2.3. Экономичность[36]

Средняя продолжительность лечения составила 15,6 сессий: от минимума в 6 сессий при самой краткосрочной терапии до максимума в 34 сессий для самого длительного лечения. Для лучшей оценки экономичности мы можем разделить вмешательства с положительным исходом – то есть полностью решенные или со значительным улучшением – на четыре группы: терапия, длившаяся от 6 до 10 сессий; от 11 до 20 сессий; от 21 до 30 сессий; от 31 до 34 (см. резюмирующую таблицу результатов).

Из этого типа упорядочивания данных следует, что около 80 % случаев были излечены за менее чем 20 сессий.

Резюмирующая таблица результатов лечение фобических расстройств

Эффективность	**кол-во**	**%**
Решенные случаи	32	78
Случаи значительного улучшения	7	17
Случаи незначительного улучшения	2	5
Случаи без изменений	-	-
Случаи ухудшения	-	-
Общее количество пролеченных случаев	41	100
Экономичность. Средняя продолжительность курса лечения: 15,6 сессий		
Длительность лечения	Количество решенных или значительно улучшенных случаев	Кол-во случаев в %
От 6 до 10 сессий	9	23
От 11 до 20 сессий	22	57
От 21 до 30 сессий	6	15
От 31 до 34 сессий	2	5

Обсуждение результатов

Данные, относящиеся к результатам, полученным при применении нашей терапевтической модели к фобическим расстройствам, показывают ее значительную эффективность. Действительно, в 95 % случаев к концу лечения была достигнута ремиссия симптомов, даже если впоследствии в нескольких случаях, а именно – в 7, наблюдались легкие и контролируемые рецидивы. Следовательно, следует отметить, что только в 5 % случаев были достигнуты незначительные результаты, и что ни один из случаев не остался без изменения и не ухудшился вследствие терапевтического вмешательства.

Наконец, данные, которые, по нашему мнению, еще более отличают этот тип вмешательства, относятся к его поразительной экономичности. Действительно, если учесть, что около 80 % случаев были излечены менее чем 20 сессий, то есть за 4-5 месяцев, и сравнить этот временной период со временем, обычно требующимся для традиционной психотерапии, то становится очевидной удивительная способность такого лечения достигать реальных результатов за короткий промежуток времени.

2. Лечение обсессивных расстройств

2.1. Предъявленная проблема

Ниже описывается тип вмешательства, применявшийся к выборке субъектов, проблемы которых представляли собой тяжелые формы обсессивного невроза с наличием репертуара компульсивных действий.

Пациенты жаловались на сильные навязчивые идеи и мании и были одержимы необходимостью постоянного повторения некоторых «ритуалов» или, в некоторых случаях, необходимостью многократно повторять и контролировать каждое осуществленное действие, проверяя корректность его выполнения, в которой они сомневались. Их усилия постоянно были направлены на то, чтобы не иметь этих странных идей в голове, но чем больше они старались не делать некоторые вещи и не думать о них, тем чаще они были вынуждены выполнять повторы и ритуалы и думать обо всем этом во все более искаженной манере. Несколько примеров помогут лучше понять тип проблем, предъявляемых этими субъектами:

1) молодой счетовод, вынужденный вновь и вновь до бесконечности контролировать вычисление суммы цифр в счетах и прочих документах из-за своей обсессивной идеи ошибиться и все-таки оставивший работу, так как дошел до упадка сил;

2) молодой человек с навязчивым анксиогенным сомнением в своей гомосексуальности, который подвергал себя ежедневному марафону порнографических фильмов и журналов, чтобы выявить и измерить степень своего возбуждения лицами женского или мужского пола; 3) женщина, одержимая уверенностью в том, что она переехала прохожего, и вынужденная возвращаться на место воображаемого «преступления» с другим человеком, который должен был подтвердить ей, что то, во что она верит, – неправда;

3) муж, навязчиво убежденный в неверности жены, которому удавалось получать искаженное подтверждение этому в любом событии, даже совершенно не относящемся к такой возможности, вынужденный повсюду следовать за своей женой и контролировать каждый ее шаг;

4) девушка, которой приходилось, чтобы заснуть, прежде чем лечь в постель совершить ритуальный контроль закрытия кранов, дверей, окон дома, повторяющийся его много раз; после этого она просыпалась среди ночи и вновь должна была исполнить весь ритуал с самого начала.

Во всех этих случаях ситуация становилась невыносимой, и многим из субъектов выборки пришлось оставить обычную работу. Кроме того, навязчивые обсессивные идеи лишь изредка покидали мысли этих людей, они немного слабели только после выполнения репертуара компульсивных действий, но вновь деспотически возвращались некоторое время спустя.

2.2. Протокол вмешательства

Для пояснения процесса терапии и использованных терапевтических процедур, мы считаем полезным представить (как это делалось при изложении работы с фобиями) резюмирующую схему вмешательства. В этом случае лечение тоже разделялось на четыре последовательные стадии, характеризующиеся заданными целями и особыми терапевтическими стратегиями.

РЕЗЮМИРУЮЩАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ

Первая стадия: от первой до третьей сессии

Цели:
1) достижение доверия и сотрудничества;
2) ломка обсессивной цепи мыслей и действий;
3) достижение первого маленького конкретного изменения.

Стратегии:
1) содействие пациенту в его обсессиях;
2) парадоксальное реструктурирование и техника путаницы;
3) предписание симптома;
4) рассказывание анекдотов и историй.

Вторая стадия: от четвертой до шестой сессии.

Цели:
1) побуждение и укрепление первого маленького, конкретного изменения;

2) сдвиг внимания с себя на других;

3) дальнейшее развитие конкретного изменения.

Стратегии:

1) парадокс «иди медленно»;

2) парадоксальное предвидение рецидива;

3) предписание «антрополога».

Третья стадия: начиная с шестой сессии.

Цели:

1) постепенное укрепление способности не иметь рецидивов навязчивого состояния;

2) переопределение восприятия самого себя, других людей и окружающего мира.

Стратегии:

1) переопределение ситуации в настоящий момент;

2) предписание «магической формулы» (в некоторых случаях).

Четвертая стадия: последняя сессия.

Цели:

1) окончательное укрепление возможностей и личной самостоятельности пациента.

Стратегии:

1) детальное объяснение проделанной работы;

2) заключительное переопределение умений и продемонстрированных пациентом способностей.

Первая стадия: от первой до третьей сессии

Как обычно, первая встреча с пациентом была нацелена на установления могущества терапии посредством создания атмосферы контакта и межличностного принятия.

С этой целью с обсессивными пациентами, еще больше, чем с другими пациентами, фундаментальным является содействие и явное принятие навязчивых идей и искаженных мыслительных процессов пациента – в противном случае немедленно возникает нежелательная реакция. Действительно, если терапевт старается убедить пациента в абсурдности его убеждений и на основе этого пытается заставить пациента изменить модальность действий, то он повторяет то же самое, что совершенно безуспешно пытаются делать в отношении обсессивных субъектов люди, руководимые «здравым смыслом», а именно – использовать логику «здравого смысла», применяя ее к тому, что функционирует не на основании такой логики, и тем самым не производя в обсессивном субъекте никакого изменения, а только вызывая у него ощущение того, что он совершенно не понят.

В своей работе с подобными субъектами мы видели, что, напротив, наиболее продуктивным является отношение, основывающееся на парадоксальной логике, которая при первой встрече конкретизируется в активной демонстрации принятия странных навязчивых идей пациента, когда терапевт принимает возможную осмысленность абсурдных убеждений и даже ищет некоторую их оправданность ввиду возможной полезности.

На этой основе при определении проблемы и согласовании целей вмешательства использовалась обычная комуникативная стратегия «копирования», вместе с абсолютным избеганием утверждений и мнений, которые могли бы противоречить точке зрения пациента. Наобороот, его точка зрения была принята и усилена в продолжении сессии с помощью особого реструктурирования проблемы.

Действительно, в конце сессии проводилось сложное, замысловатое, педантичное и не очень ясное реструктурирование представленного расстройства на основе цитирования мыслей и фактов, ориентированное на демонстрацию того факта, что часто подобные расстройства могут играть важную роль или иметь определяющую функцию для человеческой личности. Расстройство может быть дополнительным качеством, дарованием, предназначенным лишь немногим, более внимательным и чувствительным, чем другие люди. Это рассуждение заканчивалось предложением поразмыслить в течение предстоящей недели об этой возможной реальности.

Таким образом на практике предъявленный пациентом симптом переопределялся с помощи идеи о его возможной положительной роли и о положительной цели, которую он – симптом – может преследовать, и о чем стоит поразмыслить. Все это приводило к еще большему усложнению уже самой по себе запутанной сети мыслей пациента, к ее парадоксальному обострению, и в то же время ориентировало субъекта на новую, удивительную перспективу анализа этой реальности.

Создание ментальной запутанности у пациента посредством еще более сложных и разработанных рассуждений, чем его собственные, и ввод абсурдного утверждения насчет возможной положительной роли его страданий произвели следующий эффект.

На второй сессии пациенты демонстрировали два типа реакций, их можно пояснить выдержками из записей: «Знаете, доктор, я всю неделю думал, для чего нужны эти мои идеи и мои странные действия, но я ничего в этом не понял. Тем не менее должен вам сказать, что в эти дни у меня была более свободная голова». Или же: «Доктор, мне кажется, что я понял, что эти мои действия действительно для чего-то нужны, но совершенно не знаю – для чего, однако, я должен вам сказать, что в эти дни я чувствовал себя немного лучше, у меня было меньше навязчивых состояний».

Эффектом парадоксального реструктурирования стало, таким образом, снижение, хоть и небольшое, обсессивного напряжения, которое, становясь все более сложным, ориентировалось в своей запутанности на возможный неясный и таинственный положительный смысл испытываемых пациентом расстройств. Оно позволило сконцентрировать внимание субъекта на чем-то отличном от привычного, сделав это таким образом, что пациент, вместо того чтобы стараться не думать и не действовать в компульсивной манере и пытаться контролировать эти побуждения, сконцентрировал свое внимание на возможной пользе от своих симптомов или расстройств. Совершенно очевидно, что такая несуществующая полезность не была им найдена, однако сложное исследование в этом направлении затормозило, в силу эффекта парадокса, обсессивный механизм «предпринятых попыток решения», а именно: попыток не думать – и из-за этого все большего «думания», стремления избегать определенных действий – и из-за этого повторяя их все чаще. Как было сказано выше, сознательное стремление сделать что-то спонтанно тормозит спонтанность и делает невозможным исполнение того, чего хотелось бы во что бы то ни стало. У обсессивных людей навязчивая попытка контроля над обсессиями производит эффект их поддержки и усиления. Даже небольшое отключение этого механизма вызывает быстрое снижение напряжения.

На второй сессии, после отчета пациента мы переходили к укреплению гипотезы о положительной функциональной роли симптома для его личности, посредством дальнейшей сложной и искаженной серии рассуждений и предположений, и в последние минуты давали парадоксальное предписания поведения, нацеленное непосредственно воздействовать на компульсивное поведение. Точнее, это было самое настоящее предписание симптома, сформулированное следующим образом: «Хорошо; на основании всего, о чем мы до сих пор говорили, я сейчас дам вам определенное задание, которое вы должны выполнять, не задавая вопросов и не требуя пояснений, поскольку это поможет вам справиться с сомнениями о положительной роли вашего расстройства, поэтому вы сами должны будете все понять. Я дам вам свои пояснения в дальнейшем. Поэтому я хочу, чтобы всякий раз, когда вы почувствуете, что вынуждены делать какие-то определенные действия: вместо того чтобы стараться не выполнять их, вы должны сознательно повторить эти действия десять раз, в точности десять раз! Ни одним разом меньше, ни одним разом больше! Ровно десять раз!»

Это предписание вводилось как самое настоящее гипнотическое внушение, оно произносилось медленно, раздельно, с изобилием повторений, детально описывая то поведение, которое должно быть исполнено.

Для лучшего пояснения предписания, вернемся к примерам: счетовод, постоянно контролировавший вычисление сумм в счетах: он должен был проверять их каждый раз по десять раз; пациентка с предночными ритуалами, должна была повторять их по десять раз; молодому человеку, одержимому страхом гомосексуальности, полагалось смотреть самые волнующие фотографии или кадры фильма по десять раз. И, наконец, женщине, терроризированной страхом, что она переехала пешехода, полагалось по десять раз возвращаться к гипотетическому «месту преступления» каждый раз, как у нее возникало сомнение.

На третьей сессии самым распространенным отчетом был следующий: «Доктор, я прилежно выполнил ваше задание, но мне не удавалось делать десять раз то же самое, я даже несколько раз совсем ничего не сделал. И потом, вы сказали, что я пойму полезность моих проблем, но я продолжаю ничего не понимать!» Некоторые даже рассказали, что ни разу не выполнили своих действий или ритуалов, поскольку ни разу не почувствовали, что были вынуждены их делать, и им не хотелось выполнять их добровольно. Но и эти пациенты продолжали не понимать положительную роль своих проблем.

После таких отчетов был произведен следующий терапевтический маневр: повторялась важность выполнения ровно десять раз определенных действий, иначе они не смогли бы выяснить положительную роль этих симптомов и обрести контроль над ними. Поэтому то же самое предписание сохранялось и на последующую неделю, при этом подчеркивался тот факт, что начиналось обретение контроля над ситуацией.

В конце сессии, провожая пациента к двери, ему рассказывали следующую историю: «В одной древней истории говорится, что однажды муравей спросил у сороконожки (знаете, это такое насекомое, которое передвигается, шевеля так хорошо и элегантно всеми своими ножками одновременно), не может ли она сказать ему, как это ей удается так хорошо ходить всеми ногами одновременно, и объяснить, как ей удается контролировать их всех фазу? Сороконожка задумалась об этом – и ей больше не удалось двинуться с места».

После этого короткого рассказа с пациентом прощались и приглашали его поразмыслить над значением этой истории.

Вторая стадия: от четвертой до шестой сессии

На четвертой сессии большинство пациентов рассказывали, что чувствуют себя значительно лучше, что у них было лишь несколько эпизодов обсессивности и повторения действий, и что каждый раз, как они чувствовали импульс к выполнению определенных действий, лишь только они начинали добровольно выполнять их, они сразу переставали чувствовать побуждение. Кроме того, многие пациенты заявляли, что они много думали о сороконожке и что они поняли, что попали в ту же самую ловушку, но не смогли объяснить себе, почему они сейчас начали меняться. Как оказался возможным тот факт, что их безудержные импульсы уменьшились, а в некоторых случаях и исчезли?

В этот момент мы прибегли к переопределению ситуации, объяснив в общих чертах использованный трюк и то, каким образом парадокс «будь спонтанным» способствует созданию проблем, но может быть использован для того, чтобы разрушить некоторые другие проблемы, такие, как, например, их расстройство. Мы особенно заостряли внимание на явной возможности решения их проблемы. Однако после таких утверждений также говорилось, что с этого момента необходимо замедлить процесс изменения: «Если слишком нажимать на педаль газа, можно угодить в кювет». И, кроме того: «Знаете, я думаю, что в последующие недели можно ожидать несколько рецидивов, поскольку некоторые типы расстройств могут самовластно вернуться, после того как они были побеждены. Я даже скажу вам, что я думаю: в ближайшие дни у вас почти наверняка произойдет возврат к прошлому. Тем не менее вы должны продолжать делать то, чему научились».

Как можно было предположить, на следующей неделе лишь очень немногие рассказали о предписанном рецидиве, большая часть вернулась, сообщая об отсутствии рецидива, даже наоборот: они чувствовали себя еще немного лучше, их преследовало меньше навязчивых идей и почти отсутствовали повторяемые действия.

В случае обоих отчетов следующим ходом после дальнейшего переопределения ситуации и констатации явной возможности изменения и решения проблемы стало предвидение: в случае пациентов, переживших рецидив, – следующего рецидива, но значительно более легкого; в других же случаях – предвидение рецидива, не случившегося на прошедшей неделе.

Затем всем пациентам было дано следующее предписание: «Хорошо; теперь, когда мы отключили известные вам механизмы, можем начать использовать положительное значение вашей чувствительности и вашу большую способность к концентрации внимания. В эти дни я хочу, чтобы вы, когда выходите из дома, делали то, что обычно делает антрополог, когда отправляется на изучение определенной культуры. Он внимательно изучает, каким образом ведут себя люди, как двигаются, как говорят, как действуют и т. д., и на основании своих

наблюдений он старается понять этих людей и правила, управляющие их поведением, их общество, их культуру. Я хочу, чтобы вы делали это, наблюдая и изучая поведение людей, которых видите вне дома, с которыми встречаетесь. Хочу, чтобы вы старались понять по тому, как они действуют, к какому типу принадлежат эти люди. Я уверен, что, с вашей чувствительностью и способностью быть внимательным вы откроете много интересного, о чем расскажете мне на следующей сессии».

Это предписание, названное *«предписанием антрополога»,* имеет целью сместить внимание человека с него самого на других людей. А именно – оно служит для того, чтобы пациент избегал быть слишком внимательным к происходящему внутри него самого и к собственным действиям. Этот механизм обычно действует, как предписание, которое реализуется само собой, смещая внимание на наблюдение и на «антропологическое» изучение других людей.

На следующей сессии большинство пациентов заявило, что у них не было рецидивов и с живостью описало множество типологий человеческого поведения. Иной раз поражало количество информации и размышлений, принесенных пациентами после «предписания антрополога», относящихся к их наблюдениям и к изучению поведения других людей. Некоторые даже рассказали, что заметили у других людей симптоматическое поведение и открыли для себя, что существует множество людей с проблемами, чему они раньше никогда бы не поверили, думая, что только у них есть проблемы.

Вся сессия была потрачена на размышления, стимулированные рассказом пациента, и на приглашение продолжать это познавательное исследование других людей. При этом проявленные субъектом способности в выполнении этого непростого задания подкреплялись похвалой, напоминалось о большой полезности такой способности к оценивающему исследованию для взаимодействия с другими людьми.

Третья стадия: начиная с шестой сессии

В некоторых случаях, обычно к шестой или седьмой сессии, обсессивная ситуция была редуцирована до мимимума, поэтому мы переходили к переопределению ситуации, нацеленному на подчеркивание проявленных пациентом способностей к борьбе с собственными проблемами в замечательном сотрудничестве с терапевтом. В этих случаях мы начинали удлинять интервалы между двумя сессиями с явным намерением укрепить личную самостоятельность пациента и показать, что мы питаем большее доверие к приобретенным способностям человека. В последующие сессии продолжалось дальнейшее положительное переопределение ситуации и достигнутых изменений – и так до конца терапии.

Однако в большинстве случаев в сессию, следующую за второй неделей «предписания антрополога», ситуация выглядела иначе. Субъекты редуцировали до минимума репертуары навязчивых действий и больше не чувствовали себя рабами навязчивых идей, но сохраняли тенденцию слишком много думать о вещах, усложняя их, делая их трудными и поэтому беспокоящими. Следовательно, хотя они и не демонстрировали обсессивного поведения, они сохраняли склонность к обсессивному типу анализа действительности, с тенденцией много думать и мало действовать.

Для таких ситуаций была разработана особая форма вмешательства: предписание «магической формулы» (далее будет рассказано, как это предписание возникло).

Практически, пациенту давалось следующее задание: в случае каждого усложненного размышления переписать пять раз фразу на английском языке: «Think little and learn by doing!» («Меньше думай и учись действуя!»).

Это задание давалось без объяснения смысла фразы. Некоторые субъекты знали английский язык и сразу поняли смысл, остальным было предложено попросить кого-нибудь перевести фразу.

В любом случае предписание было таким: писать по пять раз вышеназванную фразу на листе чистой бумаги, выданном терапевтом, всякий раз, когда пациент начинал думать слишком много об определенной вещи или ситуации.

Никто не выполнил предписания. Поэтому мы иронично назвали его «магическая формула». Почти все рассказали, что при одной мысли о необходимости писать эту фразу они освобождались от раздумий о вещах, начинали действовать более непринужденно и с меньшим количеством усложняющих размышлений априори.

Нам кажется, что вклад этого вмешательства в заключительный удар по обсессивному механизму восприятия и реакций по отношении к реальности основывается на том ироничном сообщении, которое оно передает, и на том факте, что человек, который хочет выполнить это задание, после того, как он в предыдущие недели добился значительных успехов в борьбе с собственными проблемами, ставится в ситуацию самоиронии: это равносильно тому, что обозвать самого себя дураком. Чтобы избежать этого, человек обойдет и остатки своей обсессивности. Дойдя до этой стадии, мы и в таких случаях продолжили терапию, вводя последовательные положительные переопределения конкретных изменений и проявленных способностей по борьбе с проблемой, все увеличивая интервал между сессиями вплоть до завершения вмешательства.

Четвертая стадия: последняя сессия

На последней сессии при работе с обсессивными пациентами предпринималось абсолютно то же самое, что и в случае фобических пациентов, следовательно, чтобы избежать нудных повторений, отсылаем читателей к стр. 115.

2.3. Эффективность и экономичность лечения

2.3.1. Выборка

Изложенный здесь протокол лечения был применен к 24 субъектам, страдающим описанными обсессивными расстройствами. Выборка состояла из 10 женщин и 14 мужчин, средний возраст которых составлял 29 лет, от 17-ти лет в случае самого молодого пациента – до 51 года в случае самого старшего. Социальные слои, к которым принадлежали пациенты, были очень разнородны, так же как и их профессии: служащие, преподаватели, специалисты, врачи, коммерческие агенты, студенты и т. д.; интересной особенностью этой выборки является тот факт, что в ней не было ни одной домохозяйки.

Хотя данная выборка и является представительной с точки зрения разных видов реальности, объединенных симптоматикой одного и того же типа, она не кажется нам достаточно представительной со статистической точки зрения, поскольку число подвергшихся лечению случаев не достаточно велико.

2.3.2. Эффективность

Используя те же самые параметры, которые были выбраны для оценки эффективности протокола лечения фобических расстройств, мы пришли к следующим результатам:

Семнадцать полностью решенных случаев. А именно – полное решение проблемы к концу терапии и отсутствие рецидивов в течение года.

Ни одного случая *значительного улучшения,* то есть случаев полной ремиссии симптомов в конце терапии, которые бы характеризовались появлением лишь спорадических и легких рецидивов во время последующего наблюдения.

Шесть случаев незначительного улучшения, то есть случаев частичной редукции симптоматики к концу лечения, которые характеризовались присутствием эпизодов обсессивности, случающихся довольно часто, но при этом определяемых самими пациентами как намного менее интенсивные и менее частые по сравнению с симптомами периода, предшествовавшего терапии.

Один случай *без изменений*. То есть случай, в котором терапия была прервана после десятой сессии, как не произведшая никакого изменения.

Ни одного случая ухудшения. То есть случаи, при которых в результате терапии демонстрировалось ухудшение расстройства, представленного в начале терапии.

2.3.3. Экономичность

Средняя продолжительность лечения была 16,1 сессии, от минимума в 7 сессий для более краткосрочной терапии – до максимума в 31 сессию для самой длительной терапии. В этом

контексте для более ясного представления об экономичности терапии, мы также можем разделить осуществленные вмешательства на те же четыре группы, закончившиеся положительно (то есть случаи полного решения или значительного улучшения): лечение, длившееся от 7 до 10 сессий; от 11 до 20; от 21 до 30 и до 31 сессии (см. таблицу, резюмирующих данных). Из такого упорядочивания данных следует, что около 94 % случаев были излечены менее, чем за 20 сессий.

Резюмирующая таблица результатов лечения обсессивных расстройств

Эффективность	*Кол-во*	*%*
Решенные случаи	17	71
Случаи значительного улучшения	-	-
Случаи незначительного улучшения	6	25
Случаи без изменений	1	4
Случаи ухудшения	-	-
Общее количество пролеченных случаев	24	100
Экономичность. *Средняя продолжительность курса лечения: 16,1 сессий*		
Длительность лечения	*Количество решенных или значительно улучшенных случаев*	*Кол-во случаев в %*
От 7 до 10 сессий	9	53
От 11 до 20 сессий	7	41
От 21 до 30 сессий	1	6
Более 31 сессии	-	-

Обсуждение результатов

Данные, относящиеся к результатам, полученным при применении нашей модели терапии к обсессивным расстройствам, показывают удовлетворительную эффективность. Действительно, в 71 % случаев была достигнута полная ремиссия представленных в начале терапии симптомов и рецидивов не наблюдалось.

Проводя сравнение с вмешательством при фобических расстройствах, следует отметить больший процент случаев незначительного улучшения и наличия одного случая, не претерпевшего никаких изменений.

В то же самое время, что касается затраченного на достижение данных результатов времени (экономичность), то этот протокол лечения, также как и предыдущий, демонстрирует удивительные результаты, если сравнить их с обычно затрачиваемым в психотерапии временем на работу с подобными расстройствами. Действительно, 94 % случаев с положительным исходом были излечены менее чем за 20 сессий.

В заключение данной главы нам представляется важным поразмыслить об эпистемологическом значении, которое в психотерапии, как и в любом другом виде терапии, придается необходимости изучения и разработки специфического плана вмешательства для конкретной проблемы, предъявленной пациентом. Впрочем, любая дисциплина, желающая приобрести хотя бы минимум научности, в своей методологии должна разрабатывать исследовательские и терапевтические техники на основании целей, которые она перед собой ставит, и конечно уж не должна подгонять эти цели к собственным теориям и техникам. С этой точки зрения представляется абсурдным убеждение, часто встречающееся среди психотерапевтов, что одни и те же неизменные психотерапевтические техники могут быть признаны годными для решения всех разнообразных типов психических и поведенческих проблем. Вследствии этого представляется необходимым адаптировать теорию и технику терапевта к конкретному предъявленному пациентом расстройству.

На этом основании мы считаем, что можно разрабатывать хорошие специфические планы терапевтического вмешательства, подходящие для расстройств определенного типа, но, конечно же, невозможно создать универсальную панацею.

И, наконец, мы считаем также, что изучение и разработка все более эффективных и экономичных специфических программ лечения должны стать одним из фундаментальных направлений будущих исследований в психотерапии.

Глава 6. Примеры необычного лечения

Прежде чем осуждать, надо бы сначала попробовать найти оправдание

Г. К. Лихтенберг, Книжечка утешений

В предыдущих главах были представлены процедуры, принятые в клинической практике терапии, а также две модели терапевтического вмешательства, примененные к специфической выборке субъектов. В этой главе мы считаем полезным дать описания особых типов терапевтического вмешательства, примененных к субъектам с особыми типами проблем. Это поможет подчеркнуть, насколько широким и открытым для самых различных терапевтических действий, выходящих за пределы представленных выше стратегий и техник, является поле возможных видов вмешательства. В этом контексте можно добавить, что иной раз именно творческая находка – скорее, чем холодная техника – может привести к изобретению неожиданного и непредвиденного хода, способного встряхнуть ригидную систему патологии и открыть в ней брешь для проникновения изменений.

Здесь мы вновь возвращаемся к аналогии с учебником шахматной игры. В учебнике после изложения правил игры, общепринятых стратегий достижения выигрыша и двух особых серий ходов, которые следует предпринять для быстрого достижения «мата» в партиях определенного типа, обычно приводятся несколько особых партий, требующих применения особого творчества, для того, чтобы показать удивительную гамму возможных ходов и контр-ходов при взаимодействии двух игроков.

Это, по нашему мнению, нисколько не противоречит тому, что было сказано в предыдущей главе, а служит дополнением. Поскольку, как уже говорилось, мы считаем, что внутри сферы человеческих проблем существуют как похожие друг на друга ситуации – их можно лечить с помощью общей, предварительно разработанной модели, не отрицая при этом оригинальности каждой ситуации – так и абсолютно нетипичные ситуации – для их лечения безусловно требуется оригинальный тип вмешательства.

Однако часто именно на основе таких оригинальных вмешательств и разрабатываются новаторские стратегии, которые впоследствии, после соответствующей адаптации, применяются и к другим проблемным ситуациям. К тому же внутри поля, где развивается научная дисциплина, необходимо наличие пространства как для подтверждения гипотез, так и для совершения открытий.

Случай 1. Терапия без терапевтического кабинета

В качестве первого особого клинического случая мы хотим представить действительно необычное терапевтическое вмешательство, которое наверняка вызовет множество ответных реакций, особенно у тех читателей, кто твердо убежден в абсолютной необходимости жесткого сеттинга[37] в психотерапии.

Итак. Я был приглашен в один из городов северной Италии для проведения цикла лекций для воспитателей. В конце одной из лекций одна из воспитательниц попросила меня о частном собеседовании. Молодая двадцатичетырехлетняя женщина умоляла заняться ею, поскольку вот уже два года она страдала частыми приступами паники, вызывающими полный ступор, а иногда и обморок. Молодая женщина рассказала, что эти кризисы начались у нее после серии анксиогенных медицинских обследований, которым она должна была подвергнуться из-за подозрений в тяжелой болезни, впоследствии не подтвердившихся. С того момента у нее начались приступы паники. Они становились все более сильными и частыми, так что она несколько месяцев назад была вынуждена временно прервать работу. Первоначально я выразил сомнение в эффективности вмешательства из-за действительно значительного расстояния между двумя городами, которое затруднило бы проведение терапии. Однако это не испугало барышню, которая уверила меня, что согласна пойти на край света для своего выздоровления. Я заметил в ответ, что мог бы дать ей адреса моих более близких коллег-терапевтов, но она так настаивала, что я почти из спортивного интереса принял решение попробовать что-то необычное. Я сказал: «Послушайте, думаю, что мы могли бы решить проблему быстро и без необходимости долгих поездок с вашей стороны. Для чтения лекций я должен еще шесть раз приехать в ваш город. Вот в эти шесть предоставляющихся случаев мы и будем с вами встречаться: до или после лекции, а, возможно, и обедая вместе, мы и будем продвигаться в терапии ваших проблем».

Молодая воспитательница была поражена и удивлена такой расположенностью лектора и кажущейся абсурдной идеей о проведении психотерапевтического вмешательства в таких необычных условиях.

Вот таким образом лечение проблем молодой женщины было начато немедленно в том же самом здании, в помещении рядом с аудиторией, где проходили мои лекции. Так, на практике, пунктуально следуя протоколу лечения фобических расстройств, описанному в предыдущей главе, было произведено *первое реструктурирование (страх помощи)* и было *дано первое предписание поведения («вахтенный журнал»). (*см. стр. 109*)*

Вторая встреча произошла две недели спустя и состоялась в ресторане во время обеда. Молодая женщина передала мне листки с записями и рассказала, что несколько раз использовала «вахтенный журнал» во время приступов паники, но их было решительно меньше, чем обычно; потом она сообщила о своем наблюдении, что при записи эпизодов ее тревожность и страх уменьшались; и наконец, – она заявила, что решила больше никого не просить о помощи – ни родственников, ни жениха.

Поэтому я обычным образом перешел *к переопределению ситуации* (см. стр. 110), подчеркнув тот факт, что проблемы уже не кажутся ей больше такими непобедимыми и необоримыми, как раньше.

После чего девушке были даны:

1) предписание продолжать записи в «вахтенном журнале»;

2) парадоксальное предписание ежедневной получасовой «фантазии страха» (см. стр. 111).

Третья встреча прошла в помещении рядом с аудиторией, где проходили лекции, спустя примерно десять дней. Девушка рассказала, что за это время с ней случилось лишь два приступа паники, но они были скорее легкими и краткими, контролируемыми с помощью записей в «вахтенном журнале». Что же касается «фантазии страха», то девушке совершенно не удалось

почувствовать себя плохо: как только она начинала думать о болезни или о страхе плохого самочувствия, ее мысли уходили в совсем другом направлении, она даже начинала думать о забавных вещах и о счастливых моментах в своей жизни.

Тогда было сделано *дальнейшее переопределние* проблемы и эффекта, вызванного предписаниями, и укрепление веры пациентки в свою собственную способность к решению своих проблем. В заключение были еще раз даны два предыдущих предписания поведения.

Четвертая встреча опять прошла в ресторане за обедом, две недели спустя. Девушка раскзала, что за этот период времени с ней не случилось ни одного приступа паники, только несколько моментов тревожности, которые она не записала, поскольку они показались ей настолько слабее всех предыдущих ощущений, что не заслуживали внимания. Кроме того, она рассказала, что в течение ежедневной получасовой «фантазии страха» ей совершенно не удавалось испугаться, напротив, ей приходили в голову позитивные мысли, которые ей хотелось бы осуществить.

На этом этапе, после сделанного опять-таки общепринятым способом *переопределения* решительно изменившейся ситуации и с упором на продемонстрированные пациенткой значительные личные способности, два предыдущих предписания были сняты; девушке было предложено вернуться на работу и выполнять *предписание «антрополога»* (см. стр. 127) как в школе – с коллегами и детьми, так и вне школы – с родственниками, друзьями и посторонними людьми, которых ей довелось бы встретить.

Около двух недель спустя состоялась последняя «терапевтическая» встреча – снова в ресторане за обедом. Девушка рассказала, что она вернулась к работе совершенно без проблем, даже наоборот, занимаясь с детьми, наблюдая за ними и изучая их, у нее возникло много позитивных размышлений, в то время как наблюдая за коллегами, она заметила у некоторых из них некоторые странности, и это оказало на нее положительный эффект, поскольку теперь она больше не чувствовала себя единственным «редким животным».

На этом этапе ситуация была *радикально переопределена* – была приведена в действие *обычная стратегия последней сессии.* Девушке было предложено позвонить через месяц, чтобы проинформировать о своей ситуации. Она пунктуально позвонила и сообщила, что у нее больше не было приступов паники и что она чувствует себя так хорошо, как редко чувствовала себя раньше.

Очевидно, что на основании одного излеченного случая нельзя сделать никакого достоверного заключения. Однако нам кажется, что этот пример должен заставить терапевтов призадуматься о том, что для достижения изменений не таким уж незаменимым является тот ригидный традиционный сеттинг психотерапии с установленной частотой сессий, в определенном помещении, с кушеткой или креслом, рассеянным светом и т. д. К тому же, нечто подобное было продемонстрировано самим Фрейдом при решении психосексуальных проблем Малера. Действительно, Фрейд вылечил Малера, бывшего его хорошим другом, за один целиком проведенный вместе с ним день, когда они обедали и гуляли по Вене (Fachinelli, 1983). В этом случае Фрейд вступил в противоречие со своими собственными предписаниями, относящимися к психоаналитическому сеттингу, и тем не менее он осуществил безусловно блестящее терапевтическое вмешательство, краткое и сфокусированное на конкретной проблеме.

Случай 2. Реструктурирование значимости братских отношений

Один уже немолодой психиатр обратился в наш Центр с просьбой пройти обучение нашему методу. В ходе предварительного собеседования выявилась критическая ситуация, и его просьба об обучении превратилась в просьбу о помощи.

Ситуация была следующей. Он рассказал, что не женат, поскольку никогда не смог сделать этого: его болезненное подчинение сначала авторитарной матери, а затем старой деве-сестре, которая после смерти матери взяла на себя роль семейного авторитета, не позволило ему совершить этот жизненный выбор. В настоящее время, после смерти сестры он жил все в том же патологическом подчинении младшему брату, страдающему параноидальным расстройством.

Оба брата выросли в обстановке безоговорочного подчинения и патологических отношений с этими двумя членами семьи женского пола. Любая женщина, с которой они сближались, вступала в противоречие с их семейной ситуацией, поскольку не выдерживала сравнения с сестрой, а если и находилась на достойном уровне, то рано или поздно все равно вступала в сильный конфликт с хозяйкой дома и проигрывала.

Короче говоря, оба брата жили в ситуации невозможности реализовать собственную личную жизнь. Кроме того, психиатр заявил, что брат страдает «паранойей» (согласно клинической диагностике) и испытывает состояние эйфории и всемогущества, чередующееся с состоянием глубокой депрессии; тем не менее, доминирующим являлось состояние взрывного всемогущества и гиперактивности.

В настоящий момент, после смерти последней хозяйки дома (сестра умерла два года назад), страдающий «паранойей» брат взял на себя роль доминирующей фигуры в семье, полностью заменив умершую сестру и вмешиваясь агрессивным и взрывным образом в каждую попытку брата вступить в близкие отношения с женщинами.

Он оправдывал свое вмешательство в отношения брата с женщинами, с которыми тот знакомился, тем, что они его не достойны. Он определял их как пустых, поверхностных женщин, без внутреннего содержания и заинтересованных только в деньгах и в положении брата. Поэтому он считал своим долгом вмешаться, чтобы уберечь брата от зла.

В последние годы психиатр имел непростую связь с одной женщиной, которая сначала подвергалась притеснениям со стороны старшей сестры, много раз обижавшей ее, а потом притеснениям со стороны брата, который ее ругал и при каждом контакте злобно на нее набрасывался. Ситуация дошла до такой стадии, когда (как и в предыдущих романах) наш пациент был вынужден сделать выбор: оставить подругу и остаться в своей паталогичной семейной системе или же сломать систему ради интимной связи. Ситуация усложнялась тем, что семейная ячейка была теперь представлена только двумя братьями и, кроме того, психиатр был полностью посвящен в проблемы брата и боялся, что тот переживет серьезное психическое потрясение, если порвать с ним отношения или покинуть его. Другими словами, в сложившейся ситуации эмоционального шантажа, куда брат неосознанно его заключил, психиатр чувствовал себя буквально раздираемым на части. Для него были очень важны его отношения с женщиной – он считал их последним шансом для создания семьи в силу своего уже немолодого возраста. Кроме того, женщина тоже настаивала на необходимости выбора с его стороны: окончательно соединиться с ней и жить под одной крышей, или же остаться с «братиком» и прервать их роман.

Стало быть, наш психиатр находился в классической ситуации, описанной в истории о нерешительном осле, стоявшем посредине реки и навьюченном тюками, полными губок, которые становивились все тяжелее от наполнявшей их воды. Осел никак не мог решить – двигаться ли ему к противоположному берегу или вернуться назад, – пока его не унесло течением. В такой сложной ситуации, чтобы определить возможные рычаги изменения, первым терапевтическим маневром стало внимательное изучение того, каким образом поддерживалась патологическая ситуация между двумя братьями.

Психиатр осуществлял медикаментозное лечение брата, который никогда не осознавал себя психически больным и делал это в смиренной и неавторитарной манере, терпеливо снося манию и гиперактивность брата, предпочитая не ставить его в известность о реальной ситуации. Брат же, напротив, со своей неудержимой эйфорией и всемогуществом полностью распоряжался их семейной и социальной жизнью. Он занимался своей профессиональной деятельностью, а также вмешивался в профессиональную деятельность брата, создавая при этом целые созвездия проблем, которые пунктуально и незаметно разрешал брат-психиатр. На практике, складывалась действительно парадоксальная ситуация, поскольку страдающий «паранойей» брат обладал реальной властью в организации их жизни и даже властью вмешательства в личную жизнь и профессиональную карьеру брата-психиатра. Именно он подталкивал старшего брата следовать новым циклам обучения и принимать участие в конгрессах. Именно он собирался найти ему достойную подругу. Именно он, в своем бреду всемогущества, брал на себя контроль над любой социальной активностью, которой каждый из них занимался.

Терапия развивалась следующим образом: мы договорились с психиатром, что попробуем использовать один особенный маневр, для которого будет необходимо присутствие обоих братьев на следующей сессии. Психиатр должен был объявить своему брату, что его присутствие

будет необходимо для определенного обучения, совершенно не раскрывая терапевтических целей встречи.

Ниже следует прямая расшифровка некоторых наиболее важных моментов записанной на видео первой совместной сессии и ее резюме, а также резюме последующих собеседований.

Беседа началась с объяснения терапевтом доминирующему брату причин его присутствия; терапевт заявил, что оно необходимо для психотерапевтического обучения брата-психиатра, и далее сказал о необходимости помогать последнему, поскольку тот, имея проблемы неуверенности в себе и эмоциональной нестабильности, недостаточно развил в себе необходимый для работы психотерапевта особый дар. Чтобы решить эти проблемы и необходима помощь младшего брата.

Доминирующий брат в первый момент поразился таким утверждениям и стал винить себя за свой бурный темперамент («Когда я сужу о чем-то, я включаю четвертую скорость и тащу его за собой, а он, интроверт, поддается…»), но затем заявил о необходимости вести себя с братом подобным образом. Он стал рассказывать о его личной жизни, говоря, что тот в прошлом «угробил» восемь лет с одной медсестрой и что его теперешняя подруга не имеет характера и достаточно культуры, поэтому он чувствует, что его долг – помочь брату найти достойную девушку. Психолог перебил его и спросил о его собственной личной жизни. Когда же он ответил, что в течение нескольких лет имел связь с замужней женщиной, то его спросили, были ли эти годы «угробленными». После отрицательного ответа терапевт заставил его задуматься о разной значимости, придаваемой им своим собственным романам и романам брата.

В этот момент при помощи кажущихся рассуждений о различном характере братьев было проведено следующее реструктурирование:

Терапевт (обращаясь к доминирующему брату): После того, как мы поговорили с вами и с вашим братом, мне кажется очевидным, что у вас две различных скорости и два различных стиля общения. Вы – очень сильный, с бурным темпераментом, утверждающий; ваш брат-интроверт, послушный и уступчивый. Представляется очевидным: ваш брат в этом семейном измерении может чувствовать, что его сбивает с ног эта ваша чрезмерная скорость. Знаете, разница между вами подобна различию между крейсером и товарной баржей. Крейсер – это мощный и быстроходный военный корабль, баржа – это тихоходное судно, она перевозит тяжелые грузы, но не способна выдерживать большие скорости. Представьте себе, что вы по отношению к брату – крейсер, тянущий на буксире товарную баржу. Если крейсер слишком ускорится, баржа не выдерживает скорости, она может сломаться или перевернуться, или ее унесет водой. *(Пауза.)*

Например, сейчас вы пустились на поиски женщины; спокойно, не надо так торопиться! *(Пауза.)*Нужны спокойствие и рассудительность, иначе…

Брат: Мы наносим друг другу урон.

Т. Вы причиняете друг другу вред.

Б. Например, по поводу этих барышень, которых я подыскиваю…

Т. Отлично! Но ведь очевидно, что барышня должна нравиться вашему брату.

Б. Ну, конечно, он потом ее выберет… Проблема в том, что сейчас у него есть другая, и я не знаю, что сделать, чтобы он расстался с этой никчемной женщиной.

Т. Вы можете это сделать. Но если в данный момент ваш брат живет в том измерении, которое что-то дает ему, почему вы хотите лишить его этого? Вы сами в течение нескольких лет были не с той женщиной! И вы от этого что-то получали, не так ли?

Б. Думаю, да!

Т. Сейчас ваш брат находится в похожей ситуации. И помните, вы сейчас как крейсер, который тянет за собой баржу: если он идет слишком быстро, то может опрокинуть ее или даже сломать.

Б. Так, значит – мы не должны об этом говорить…

Т. Нет, нужно только делать это с другим подходом, с большей гибкостью. Все мы, к счастью, разные, необходимо замечать и уважать эти различия, разные ритмы. Иногда непросто принять тот факт, что другой человек отличается от меня, особенно если я к этому человеку сильно привязан.

Б. Мне хотелось бы, чтобы у моего брата была женщина, которая смогла бы наполнить его…

Т. Извините, а у вас сейчас есть женщина?

Б. Нет.

Т. Вам не кажется, что ваш брат думает о том, что вы чувствуете себя одиноким? У него, по крайней мере, есть женщина…

Б. Да… я так думаю…

Т. В таком случае вы должны создать открытую семью, а не закрытую, какой она сейчас является. Вы всегда жили и живете вместе, создавая немного слишком тесную, хотя и приятную, связь. Но чтобы она оставалась такой же замечательной, даже улучшалась…

Б. Необходимо взаимное уважение.

Т. Взаимная готовность прислушаться друг к другу, я понятно говорю?

Б. Да.

Т. И не слишком увлекайтесь вопросом женщин. Взаимная расположенность означает также, что не только вы всегда должны высказываться, но вы должны предоставить возможность высказаться и брату. *(Пауза.)* Это первый раз, что вы пришли сюда ко мне, и ваш брат все время молчал.

Б. Это правда.

Т. Имейте ввиду крейсер и баржу: людям нужно помогать, только если они просят об этом, и не нужно их переворачивать.

Б. В таком случае я бы не должен был приходить сюда. Если бы я не подтолкнул его, он никогда бы сам не пришел. Я понял. Моя задача – побуждать его, но никак не подавлять его. В этом все дело.

Т. Совершенно верно. Стимулировать, но не подавлять. Я советую вам это из-за неуверенности в себе и нестабильности вашего брата, потому что, если он не решит этих проблем, он никогда не станет хорошим психотерапевтом.

Б. Послушайте, доктор, сколько времени нужно для решения его проблем?

Т. Не требуйте от меня немедленного волшебства. Я попросил вас продвигаться медленно, подумайте об этом. *(Пауза.)* Вы тоже должны будете найти решения. *(Пауза.)* Нужно вместе найти правильную дорогу, понимаете? Я прошу вас о сотрудничестве, потому что думаю, что это очень пригодится вам обоим.

На следующей сессии психиатр с энтузиазмом рассказал, что за эту неделю брат совершенно не вмешивался в его интимную жизнь и не был ни подавленным, ни агрессивным, а показал себя особенно расположенным и заботливым по отношению к нему.

На этом этапе психиатру было предписано организовать поездку на каникулы со своей подругой, чтобы проследить реакцию брата, по отношению к которому на следующей сессии был осуществлен следующий маневр:

Т. Очень хорошо, вы показали себя действительно на высоте ситуации, я начал видеть в вашем брате немного больше уверенности, и за это он должен поблагодарить вас, поскольку вы оказались способны сделать его более ответственным.

Б. Спасибо, доктор, вы заставили меня призадуматься, и я очень рад, что мой брат может стать еще лучше. Однако, доктор, что касается этой женщины…

Т. Правильно, я как раз об этом и хотел поговорить. Думаю, что вы должны постараться поискать лучшую женщину для вашего брата, но пока вы ее не нашли, позвольте ему немного развлечься с этой никудышной женщиной. Хорошо?

Б. Хорошо, доктор, вы увидите, что я найду ему достойную женщину.

После возвращения с каникул психиатр рассказал, что брат вел себя очень хорошо, ему не было «сознательно» плохо, как это случалось с ним всякий раз, когда брат-психиатр «покидал» его на несколько дней (раньше таким образом младший брат вынуждал псхиатра немедленно вернуться). Они часто, но спокойно говорили друг с другом по телефону.

На этом этапе психиатр получил совет организовать, если это будет возможно, ужин со своей подругой, братом и подругой подруги.

На практике это стало бы «подростковым» квартетом, составленным братом-психиатром, который имеет подругу и с помощью собственной подруги пытается подыскать подругу своему младшему брату.

Психиатр выразил опасение, что этот проект приведет к отказу со стороны младшего брата участвовать в ужине или, что еще хуже, к взрыву агрессивности во время вечеринки против его подруги. Тем не менее эта ситуация была решительно предписана.

На следующей сессии психиатр рассказал, что вечеринка, по его мнению, прошла необыкновенно. Брат быстро установил контакт с подругой подруги, по отношению к которой показал себя необычайно вежливым, и в течение всей вечеринки поддерживал развлекательную атмосферу своими шутками и своей яркой жизнерадостностью. Более того, на протяжении недели они повторили этот опыт второй раз. Кроме того, младший брат посоветовал психиатру пригласить этих двух женщин в ближайшие дни к ним домой, чтобы провести с ними вечер в более интимной обстановке.

На данном этапе заключительным мазком этого особого терапевтического вмешательства было приглашение доминирующего брата на следующую сессию, во время которой ему были сделаны бурные комплименты за проявленные им способности к терапевтическому сотрудничеству в решении проблем брата-психиатра, который теперь, по достижении большей эмоциональной стабильности и уверенности, мог бы принять участие в изначально задуманном тренинге.

Не было сделано никаких замечаний по поводу женщин и вечеринок или по поводу перевернутой с ног на голову ситуации (брат-психиатр нашел ему достойную подругу). Психиатр теперь имел возможность реализовывать свою личную жизнь, не покидая брата, наоборот, посредством подобной организации пар их соучастие приобрело новое измерение: мужское сообщничество в игре ухаживания. На этой новой основе их отношений ситуация радикально изменилась.

По нашему мнению, описанное *особенное вмешательство* в случае этой частной проблемы демонстрирует:

1) каким образом можно осуществить терапевтический процесс, не объясняя при этом производимых действий;

2) пример той власти, иной раз разрушительной, которая свойственна искусству реструктурирования и маленьким непрямым маневрам;

3) пример необходимости, иной раз фундаментальной, ставить перед собой ограниченные цели при терапевтическом вмешательстве.

Действительно, в приведенном случае мы совершенно не задавались целью в сфокусированной манере работать непосредственно с параноидальными расстройствами одного из братьев с целью его глубокого и окончательного выздоровления. Вмешательство было направлено на конкретное изменение в отношениях двух братьев, с тем чтобы эти отношения приняли более счастливый и корректный характер. Следовательно, цель была ограничена только разблокированием абсурдной межличностной ситуации с ее последующей функциональной реорганизацией; не было принято в расчет слишком трудоемкое, на наш взгляд, рискованное и мало возможное выздоровление параноидального субъекта. Тем не менее, часто именно маленькие вещи производят большой эффект.

Случай 3. О полезности ошибки: изобретение «магической формулы»

Здесь мы опишем один необычный клинический случай, относящийся к созданию особенного предписания, которое впоследствии многократно использовалось в работе с обсессивными субъектами. По нашему мнению, в данном случае особый интерес имеет именно тот факт, что это «изобретение» было плодом диагностической ошибки и вытекающих из нее терапевтических процедур, не совсем подходящих к самому случаю. В результате этой диагностической ошибки создалась ситуация, которая привела к решительному отказу от предпринятых терапевтических маневров – их пришлось адаптировать к создавшейся ситуации. Для этого потребовался необычный всплеск творчества, который и повлек за собой реальный демонтаж проблемы. Поскольку все это не имело бы места без изначальной ошибки, то нам кажется, что иной раз произошедшая ошибка, если она гибко используется терапевтом, может стать дорогой к открытию и продуктивным побуждением к развитию терапии.

Никакой терапевт не может обойтись без ошибок, однако многие терапевты не принимают провалов, в то время как принятие и анализ собственных ошибок ведет к существенному улучшению собственных способностей к терапевтическому вмешательству.

В описываемом случае за помощью обратилась молодая женщина с сильной фобической симптоматикой, служащая двадцати шести лет. В последние две недели она была вынуждена временно оставить работу из-за все учащающихся кризисов тревожности и блокирующих всякую деятельность приступов паники, которые делали невозможной ее работу бухгалтером в одной фирме.

С помощью хорошо развитой речи и с удивительной концептуальной ясностью эта молодая женщина сама представила собственную симптоматику как типично фобическую, дав ей детальное и исчерпывающее представление с помощью описания приступов паники и своего состояния тревожности. Она сообщила, что изучила свои симптомы в некоторых книгах по психологии.

Терапевт позволил ввести себя в заблуждение таким «совершенным» самодиагнозом и с готовностью приступил к терапевтическим маневрам, пунктуально следуя протоколу лечения фобических расстройств (см. стр. 104).

На второй сессии женщина сообщила, что чувствовала себя немного лучше и что при записи приступов паники в «вахтенном журнале» они уменьшались. Она передала терапевту полученный ею на первой сессии журнал, совершенно заполненный записями, вместе с другим журналом, тоже полным записей, – его она сама сделала, взяв за модель полученный на сессии экземпляр. Этот факт немного удивил терапевта, который, тем не менее, не придал ему большого значения и продолжал использовать обычную для фобических расстройств схему вмешательства.

На третьей сессии пациентка рассказала, что ее симптомы уменьшились по частоте и интенсивности, однако она опять принесла два полностью исписанных блокнота. Терапевт напомнил женщине, что она должна была прекратить ведение вахтенного журнала, и продолжил сессию в привычной терапевтической последовательности.

На четвертой сессии относительно предписанной получасовой «фантазии страха» (см. стр. 111) пациентка сообщила, что ей совершенно не удается почувствовать себя плохо или ощутить тревожность в течение этого получаса, как бы она ни силилась думать о самых плохих ситуациях или фантазиях, даже наоборот, думая обо всем этом, ей хотелось смеяться. Кроме того, она заявила, что на этом этапе чувствует себя в состоянии попробовать вернуться на работу. Однако странным был тот факт, что несмотря на отмену предписания две сессии назад, она и в этот раз принесла два полностью исписанных «вахтенных журнала», говоря о том, что записывая, она чувствовала себя лучше, получала разрядку.

Тогда у терапевта возникли некоторые сомнения, тем более что, просматривая записи, он заметил, что пациентка записывала не только критические эпизоды, но и все, о чем она думала, мысли, эмоции, идеи и т. д. Однако поскольку симптоматическая ситуация улучшалась, терапевт продолжил обычное лечение.

На пятой сессии молодая служащая рассказала, что она вернулась на работу без особых проблем, у нее было лишь несколько эпизодов тревожности, но они были контролируемыми. Тем не менее она опять предъявила два полных записей блокнота. На вопрос терапевта, какую функцию для нее выполняет это ежедневное трудоемкое упражнение, она ответила, что для нее важно записывать, потому что так она чувствует, что у нее не возникнет фобических проявлений. Ее буквальными словами были следующие: «Знаете, доктор, для меня очень важно записывать, хотя это мне и стоит времени и труда, потому что я поняла, что таким образом я контролирую мои страхи. Я думаю, что записи удаляют мои пугающие идеи, как будто, записывая, я тем самым делаю так, что некоторые вещи остаются вне меня».

Тогда у терапевта возникло озарение по поводу этого поведения, кажущегося не соответствующим диагнозу фобического субъекта и его обычным реакциям на проведенное лечение: он понял, что перед ним субъект главным образом обсессивный. Пациентка не прерывала записей в вахтенном журнале, поскольку имела навязчивое убеждение в том, что перестав выполнять данное предписание, она вернется к своим страхам и приступам паники. На практике, записи в «вахтенном журнале» были превращены ею в обсессивный ритуал, служащий для отдаления симптомов. Это замечание было затем укреплено дальнейшим исследованием некоторых аспектов личной жизни женщины, упущенных вначале в пылу кажущегося эффективным лечения и на основе изначально поставленного диагноза фобии, предложенного терапевту самой пациенткой. Действительно, в результате этого исследования было установлено, что пациентка пришла к фобическим кризисам после длительного периода, во время которого

она чувствовала себя вынужденной многократно повторять в течение дня некоторые поведенческие ритуалы. Эти ритуалы в рабочей деятельности приводили ее к крайней неуверенности в себе, к необходимости все многократно контролировать, она никогда не была спокойной и уверенной в собственных действиях, и так до тех пор, пока не начали появляться кризисы паники.

Следовательно, приступы паники были лишь самым ярким симптомом обсессивных проблем молодой женщины. Соответственно, изначальная диагностическая гипотеза, уведенная в сторону самодиагнозом пациентки, не соответствовала случаю, а проведенное на основании этого диагноза вмешательство привело к конкретным улучшениям в ее поведении в результате «обсессивной ритуализации предписания». Конечно, это нельзя было считать успехом, поскольку при удалении «ритуала» ситуация, возможно, вновь рухнула бы. Терапевт почувствовал себя в кризисе, не зная, как разобраться в такой запутанной ситуации, сложившейся благодаря его вмешательству. Он решил повременить и, не объявляя ничего из того, что в тот момент понял, сказал женщине, что она может, если считает полезным, спокойно продолжать делать записи и приносить ему блокноты с заметками.

Проблема в этой ситуации была следующей: каким образом направить вмешательство на обсессивность, не нарушая достигнутого неадекватным лечением небольшого поведенческого улучшения? Каким образом удалить произведенный терапией обсессивный ритуал, не создавая при этом других проблем? Именно во время этих мучительных размышлений у терапевта созрела столь же странная, сколь и эффективная идея.

На следующей сессии, выслушав отчет пациентки, довольной своей постоянно улучшающейся ситуацией, и получив два очередных «вахтенных журнала», переполненных заметками, терапевт дал ей следующее предписание: «Все это очень хорошо, однако мы можем сделать еще больше. И, чтобы добиться этого, вы, как всегда, должны будете выполнить задание, которое я вам дам, буквально.

Принимая во внимание важность, которую для вас имеет запись ваших мыслей и идей, а также эмоций и критических моментов, я даю вам блокнот и следующее задание. Всякий раз, как у вас возникнет желание написать что-то для меня, вы десять раз запишете фразу, которую я сейчас напишу на первой странице блокнота. Эта фраза на английском языке, вы немного понимаете по-английски, не так ли? Но, как обычно, сейчас не задавайте никаких вопросов, все пояснения, относящиеся к заданию, я дам после его выполнения. Пока что выполняйте, и только!»

На первой странице блокнота я написал: «Think little and learn by doing!" («Меньше думай и учись действуя!»)

На седьмую сессию женщина пришла раздраженной и сообщила, что чувствует, что с ней обошлись, как с идиоткой. Поскольку, переписывая заданное предложение, она осознала глупость выполняемого ею действия, принимая во внимание смысл фразы. Соответственно, она выполнила задание только дважды и потом перестала, и, кроме того, вырвала две страницы с этими записями. Наконец, она заявила, что всякий раз, как у нее возникало желание делать записи для терапевта, она автоматически чувствовала себя идиоткой и посему больше ничего не написала.

Предписание, несмотря на возмущенную реакцию пациентки, было продлено без всяких пояснений и на следующую неделю.

На восьмой сессии пациентка заявила, что ничего не написала, и что даже не чувствовала желания делать записи для терапевта. Но самое главное, что за эти две недели ее ощущение благополучия продолжало возрастать. Она сообщила, что в настоящий момент чувствует себя действительно хорошо, бывают лишь спорадические реакции тревожности, которые сразу же редуцируются и контролируются. Все это происходит без необходимости прибегать к «обсессивному ритуалу» записей в «вахтенном журнале».

Терапия продолжалась еще две сессии, проведенных с соблюдением большей временной дистанции, они были направлены на заключительное переопределение личной самостоятельности, приобретенной пациенткой.

Можно завершить описание этого особенного случая напоминанием о необходимости постоянно давать оценку собственному терапевтическому вмешательству. Если вмешательство оказывается неподходящим, нужно обладать достаточной гибкостью мышления, чтобы

модифицировать и переориентировать его с учетом тербований, предъявляемых случаем. Как и в описанном примере, это может привести к разработке новых эффективных стратегий.

Следовательно ошибка, как это происходит и в случае предписания маленького беспорядка, становится элементом ломки предшествующего равновесия; эта ломка, если ее принять и использовать, может привести к созданию нового, более эффективного равновесия внутри какой-либо системы, в данном случае – внутри терапевтической системы.

Случай 4. Объявить стесняющий секрет

Молодой человек двадцати девяти лет, высокий, белокурый, красивый, обаятельный и хорошо обеспеченный, активно ухаживающий за женщинами, многие из которых старалсь его обольстить, имеющий славу самого настоящего плэйбоя, пришел с просьбой о помощи из-за своей «драматической» проблемы. Он рассказал, что уже в течение примерно года ему не удается достичь удовлетворительной эрекции и, соответственно, возможности пенетрации и положительного протекания полового акта. Молодой человек не был в состоянии объяснить себе, каким образом могла возникнуть эта проблема, тем более, если принять во внимание тот факт, что в прошлом у него было много женщин и очень много успешных половых сношений. В последнее же время всякий раз, когда он находился в ситуации, ведущей к половому акту, его эрекция была нормальной вплоть до момента пенетрации, после чего снижалась до совершенно вялого состояния полового члена, так что молодой человек в подавленном состоянии и испытывая чувство стыда и унижения, был вынужден прервать все действия.

Наш плэйбой рассказал также, что проходил длительное лечение у сексопатолога, который предписал ему попробовать различные техники, среди них: длительное воздержание перед половым актом, пенетрация вялым половым членом, мануальная и оральная стимуляция, осуществляемая партнером, половые акты в самых странных позициях и использование возбуждающих препаратов. Однако ничто из того, что было предпринято, не дало никаких результатов, и каждый раз, когда пациент должен был приступить к пенетрации, его половой член делался вялым. В момент обращения к терапевту он находился в состоянии мрачной депрессии и навязчивости в отношении своей проблемы и был уже уверен в невозможности с ней справиться, принимая во внимание все неудачные попытки решения, предпринятые до настоящего момента. Из диагностического исследования выяснилось, что все началось с того, как однажды он прочел в газете статью, где излагалась теория, согласно которой все так называемые плэйбои, то есть те, кто имеет многочисленные половые сношения с большим количеством партнеров, не обязательно испытывая при этом чувство любви, рано или поздно становятся импотентами или начинают страдать преждевременной эякуляцией. В общем, согласно этой теории, у таких людей рано или поздно должны были возникнуть психосексуальные проблемы. С того момента он стал думать об этой опасности и начал испытывать некоторые сомнения по поводу своих сексуальной возможностей. Как прекрасно понимает читатель, он начал контролировать их при каждом половом сношении и тем самым подвергся действию классического парадокса «будь спонтанным». Нечто подобное случилось в истории с сороконожкой, которая больше не могла ходить после того, как задумалась, как непросто передвигаться, имея такое количество ног. Так и молодой плэйбой, начав с размышления о своих спонтанных сексуальных способностях и с контроля над ними, дошел до их подавления. Таким образом он вступил в парадоксальную игру все увеличивающегося контроля и следующего за ним все большего подавления спонтанности, до тех пор, пока идея возможности иметь проблемы не стала реальностью. На практике – его опасение самореализовалось.

Эта диагностическая гипотеза подтверждалась и тем фактом, что, по его рассказам, в предшествующих пенетрации фазах все было в порядке, эрекция была хорошо заметна, но как только он приступал к пенетрации (которая для него была реальным доказательством эффективности эрекции), его половой член делался вялым, и все его попытки механически или с помощью воображения восстановить эрекцию не производили никакого эффекта.

На этом этапе, придя к такому пониманию проблемы и перцептивно-реактивной системы, которая поддерживала проблему в действии и все более ее усложняла, в целях разработки терапевтического маневра была внимательно изучена поведенческая ситуация субъекта.

В последние месяцы он избегал любого полового сношения, страшась вновь унизительно показать себя импотентом, которым он уже привык себя считать. Всякий раз, оставшись наедине с женщиной, он выдумывал всяческие предлоги и убегал, движимый страхом, однако эта фрустрирующая ситуация все более подавляла его. Кроме того, самым гротескным в этой ситуации было то, что его избегание любой сексуальной близости воспринималось заинтересованными в нем женщинами как поведение «мрачного красавца», «таинственного мужчины», и тем самым служило значительному повышению его привлекательности. Стало быть, он находился в парадоксальной ситуации, поскольку многие женщины, желание которых усиливалось его таинственным избеганием, почти набрасывались на него со своими приемами обольщения, в то время как он продолжал ускользать от них, осознавая свою сексуальную неспособность и напуганный возможностью обнаружить свою импотенцию.

На основе этой оценки во время третьей сессии была разработана следующая терапевтическая стратегия:

Терапевт: Очень хорошо, думаю, я понял, как «работает» ваша проблема, и считаю, можно кое-что сделать для ее решения. Однако не знаю, будете ли вы в состоянии это сделать. Тем не менее, сейчас я вам кое-что предложу. Думаю, это сможет вам помочь – при условии, о котором мы с вами уже договаривались: вы будете буквально выполнять все, о чем я вас попрошу.

Пациент: Я все что угодно готов сделать для решения моей проблемы, доктор! Скажите мне, и я сделаю это!

Т. Хорошо. Следовательно, начиная с этого момента и до следующей сессии, которая на этот раз будет через две недели, чтобы дать вам время на выполнение того, о чем я вас попрошу, я хочу, чтобы вы в точности выполнили следующее задание: вы должны ухаживать за тремя разными женщинами в течение этих пятнадцати дней. Для вас ведь не будет трудно найти трех разных партнерш, не правда ли? Каждую из них вы должны будете пригласить на ужин в очень элегантный ресторан с интимной обстановкой и поужинать при свечах изысканными блюдами. Знаете, вы должны будете создать ту романтичную атмосферу обольщения, которой, думаю, не должен вас обучать, имея в виду ваш большой опыт обольстителя. После чего, поздно вечером, вы должны будете подтолкнуть ситуацию к половому сношению, но! и это очень важно! после того как вы посвятите немного времени предварительным любовным ласкам, вы должны будете прерваться и заявить полностью и в деталях о своей проблеме, извиняясь перед вашей партнершей за то, что вам наверняка не удастся доставить ей эротическое наслаждение. После чего, раз уж ваша партнерша будет в курсе вашей беды, и вы уже не должны будете переживать за возможное жалкое зрелище, продолжайте половое сношение так, как получится, потому что все равно ведь вы уже рассказали о своей проблеме и вам больше не будет стыдно; возможно, хотя бы немного удовольствия вы все-таки получите. Вы так не думаете?

П. Доктор, вы требуете, чтобы я заявил о своей импотенции? Но ведь тогда все об этом узнают.

Т. Ну вот, я же сказал, что не знаю, будете ли вы в состоянии сделать то, о чем я вас попрошу, тогда, наверное, не стоит этого делать.

П. Нет, я этого не сказал. Если это будет полезным, я сделаю это. Еще как! К тому же, рано или поздно, все равно бы все об этом узнали.

Как читатель уже понял, на парадоксальную ситуацию пациента ответили еще более парадоксальным предписанием. Необходимость заявить о собственной импотенции непосредственно перед половым сношением означает раскрыть собственный ужасный и ставящий в неловкое положение секрет, но означает также и освобождение от создаваемого им напряжения, вызванного желанием любой ценой успешно выполнить половой акт, фактически ставя себе цель быть «сознательно спонтанным» в эрекции. Это усилие обычно производит парадоксальный эффект подавления спонтанной реакции; заявление же с самого начала о собственной предполагаемой импотенции аннулирует описанную «предпринятую попытку

решения», обычно производя эффект странного эмоционального расслабления и восстановления спонтанной поведенческой реакции – в данном случае эрекции. Так и произошло с нашим плэйбоем, который на четвертой сессии заявил, сам почти в это не веря, что он сумел провести замечательные и длительные половые акты со всеми тремя приглашенными и обольщенными женщинами. Он был удивлен тем фактом, что заявив, полный стыда и унижения, о своей импотенции, он сумел чудесным образом, в противоположность заявленному, осуществить половой акт. Кроме того, женщины решили, что он шутит над ними, заявив об импотенции и продемонстрировав затем сексуальную мощь, и были убеждены в том, что это было одним из трюков и шуток обольстителя для повышения их участия в акте. Действительно, он рассказал, что все три женщины были поражены его признанием и проявили много мягкости и податливости, что сделало эротическую ситуацию более приятной и нежной.

Нашему молодому плэйбою был детально объяснен осуществленный маневр и тот тип парадокса, – сначала самовнушение и затем «предпринятая попытка решения», – в который он попал и в котором был заключен в течение всего проблемного периода. После чего были назначены еще две сессии, так сказать, для контроля, первая через пятнадцать дней, и следующая еще через месяц, после чего вмешательство было завершено.

Мы думаем, что этот случай является примером того, как иногда во время терапии очень простые маневры или предписания могут произвести весьма значительный эффект, при условии, что они задействуют рычаги, поддерживающие проблему.

Мы не задались вопросом о том, какие патологические отношения мог иметь этот молодой человек со своей матерью или каким ужасным травмам этот мужчина мог подвергнуться в детском возрасте, или какие сомнения по поводу своей сексуальной идентификации переживает наш пациент; мы были заинтересованы в том, чтобы найти сфокусированное решение его проблемы. Все это не задавая вопроса *почему,* а анализируя *что это из себя представляет* и *как это функционирует,* находя способ, *как изменить* проблемную ситуацию. Если потом, после решения проблемы, пациент захочет осуществить длительное путешествие в глубь самого себя в поиске многих возможных и всегда остающихся гипотетическими «почему» или в поиске причинных объяснений, у него всегда будет время заняться этим, однако он проделает это уже освободившись от конкретной проблемы.

Глава 7. Количественная оценка результатов исследования

Научиться постоянно с полной ясностью представлять себе, что никто не может быть счастлив совершенно, возможно, являет собой самый прямой путь для того, чтобы стать совершенно счастливым. Конечно, не существует никого, кто был бы полностью счастлив, но существует множество уровней в наших страданиях; в том-то и беда.

Г. Л. Лихтенберг, Книжечка утешений

Чаще всего стратегический подход в терапии подвергается критике из-за недостатка данных, относящихся к реальным результатам этого терапевтического стиля. Действительно, исследователи, посвятившие себя сравнительной оценке результатов, относящихся к различным видам психотерапии, жалуются на тот факт, что авторы-стратеги никогда еще не представляли систематических данных, о результатах своей терапевтической работы, что позволило бы провести подобное сравнение.

Критика становится еще более жесткой, когда из-за недостатка в систематических данных приходят к утверждению, что стратегический подход в терапии кажется слишком чудотворным и магическим, чтобы его можно было рассматривать как повторяемую и достоверную психотерапевтическую модель. Вне всякого сомнения, все это следует отнести за счет того, что авторы-стратеги до сих пор не придавали должного значения и не уделяли достаточного внимания представлению данных о результатах применения своей терапевтической модели в общепринятой манере, свойственной психологическим и социальным исследованиям. Дело в том, что эти авторы заслуженно уделили много места новаторским теоретическим перспективам и описанию утонченных и иной раз эксцентричных видов терапевтического вмешательства,

которые при сравнении с терапевтическими процедурами других терапевтических моделей зачастую могут казаться *слишком* эффективными и почти магическими.

Стороннего наблюдателя дискуссии между различными видами психотерапии еще более может удивить, каким образом системный подход и его стратегическая эволюция, основывая свою теорию и практику на строгой методологии исследовательских наблюдений (использование видеозаписи, одностороннего зеркала, групповой работы и т. д., по поводу чего читатель отсылается к третьей главе), может уделять столь мало внимания фундаментальному аспекту методологической строгости, а именно – оценке и систематическому представлению результатов. Может даже показаться, что эта утонченная теоретическая и прикладная концепция пренебрегает необходимостью представления данных о собственных результатах в том виде, как это принято в обществе исследователей. И действительно, попытки систематического представления реальных результатов терапии редки и ограничены (см., напр., Weakland *et al.,* 1974).

Явно выраженным доказательством этого вопиющего неравенства между объемным количеством системной и стратегической литературы, излагающей теории и терапевтические процедуры, и недостаточностью систематического представления данных о реальных результатах терапии, является отсутствие ссылок на системный и стратегический подход в литературе, посвященной сравнительному исследованию различных видов психотерапии. Малое количество существующих данных, относящихся к этому подходу, либо совсем не принимается в расчет из-за своей недостаточности, либо включается в данные, относящиеся к результатам эклектических типов психотерапии.[38]

Впрочем, мы согласны с Сиригатти[39] в том, что, если авторы системного и стратегического направления желают, чтобы их результаты принимались во внимание исследователями, то они должны представлять их научному сообществу в манере, присущей социальным исследованиям, для того чтобы эти результаты были сравнимы с данными, относящимися к другим видам психотерапии.

На основе этих рассуждений и в попытке расчистить поле от подобной критики, которую мы между тем считаем оправданной, на последующих страницах будет представлено количественное исследование результатов применения стратегического подхода, описанного выше, на довольно многочисленной и разнородной выборке субъектов исследования.

Однако, прежде чем приступить к изложению и обсуждению данных, необходимо остановиться на методологических критериях подобного количественного исследования, с тем чтобы показать выбранную нами эпистемологию, находящуюся в основе использованных критериев.

Методологические критерии

1. Концепция эффективности терапии

Количественная оценка эффекта или достигнутого посредством терапевтического вмешательства результата является, безусловно, одним из самых колких аргументов в психотерапии.

Трудность оценки объясняется тем, что различные психотерапевтические школы опираются на различные критерии определения эффективности терапии, что является неизбежным следствием различий в теоретических подходах, которые зачастую занимают противоположные позиции.

Например, для юнгианского аналитика эффектом терапии станет достижение личностной «индивидуации», в то время как для сторонника поведенческого подхода успехом терапии является «вырождение» поведенческих симптомов.

И это только один из многочисленных примеров различия в концепциях относительно целей терапии и оценки результатов с точки зрения эффективности или неэффективности лечения. Представляется логичным тот факт, что различные теории человеческой личности предусматривают для достижения различные цели, и что различные цели, в свою очередь, предусматривают различающиеся между собой параметры оценки достигнутого результата.

И опять же, результаты наших наблюдений определяются нашим восприятием и нашими концепциями.

Другими словами, именно принятая нами теоретическая концепция о «человеческой натуре» определяет наши критерии оценки того, что есть здоровье и болезнь, норма и патология и, следовательно, вытекающее из них понятие «выздоровление» и, соответственно, цели терапии. Следствием этого в панораме психотерапии является многообразие различных понятий «выздоровления» и многообразие различных представлений об эффективности лечения. Тем не менее, как подсказывает Сиригатти (1988, 230), кажется, что в настоящий момент существует некоторое согласие в определении эффективности вмешательства, если оно приводит к:

• уменьшению симптоматики;
• увеличению продуктивности в работе;
• улучшению в сексуальной сфере и в сексуальном влечении;
• улучшению в межличностных отношениях;
• повышению способности разрешать обычные;
• психологические конфликты;
• повышению способности сопротивляться ежедневному стрессу.

Как было показано во второй главе, стратегический подход в терапии не руководствуется какой-либо теорией, которая определяет концепцию нормальности и анормальности, и не руководствуется какой-либо теорией, описывающей абсолютным образом характеристики «человеческой натуры»; он, скорее, примыкает к *философии конструктивистского познания,* которая, опираясь на идею невозможности свести человеческую натуру и поведение к единственному, всеохватывающему описанию и объяснению, помещает в фокус своего интереса способы, с помощью которых можно сделать наши отношения с реальностью более функциональным. На основании этой теоретической перспективы эффективность терапевтического вмешательства определяется решением специфической проблемы, предъявляемой пациентом или пациентами.

Концепция «выздоровления» включает в себя не достижение гипотетического и невозможного состояния абсолютного отсутствия проблем, а преодоление специфической, переживаемой субъектом (или субъектами) проблемы в определенный момент и в определенном контексте его (или их) жизни. Стало быть, оценка результатов терапии, безусловно, может быть согласована с вышеприведенными критериями, о которых договорились исследователи, однако мы вновь настаиваем на том факте, что никакое абсолютное обобщение невозможно и что необходимо рассматривать успех или неуспех, исходя из поставленных целей. Поэтому успехом *терапии* станет реальное и окончательное решение предъявленных пациентом проблем и достижение целей, согласованых с ним в начеле терапии.

Кроме того, успех и неуспех могут иметь различные уровни, и поэтому следует принимать во внимание не только категории «решенных» и «нерешенных» случаев, но и категории, относящиеся к случаям значительного или незначительного улучшения, так же как представляется важной оценка возможности ухудшения проблемы в результате терапии (Sirigatti, 1988, 221). Ниже будут определены критерии эффективности, принятые в данном количественном исследовании.

Эффективность вмешательства

Для оценки эффективности вмешательства мы использовали два параметра:

1) Эффективность, продемонстрированная вмешательством в процессе его осуществления, а именно – оценка окончательных результатов терапии. Были ли достигнуты в конце терапии цели, заданные и согласованные с пришедшим за помощью субъектом? Были ли решены проблемы, предъявленные пациентом, и прекратили ли они свое существование к концу вмешательства? Произошло ли смещение симптома?

2) Эффективность лечения во времени. А именно: сохраняются ли во времени достигнутые к концу терапии результаты или же проявляются рецидивы или расстройства, замещающие изначальные.

С этой целью проводились *последующее наблюдение* пациента по истечении трех месяцев, шести месяцев и одного года с момента окончания терапии. Исследование проводилось при помощи интевью не только самого пациента, но и его семьи или партнера; опрос был структурирован в соответствии с приводимыми Сиригатти (1988) моментами и в соответствии с целями, заданными и согласованными с пациентом в начале терапии.

Мы считаем случай решенным и, следовательно, вмешательство полностью успешным только в том случае, когда, помимо положительного исхода согласно критерию эффективности 1, был достигнут положительный результат по критерию эффективности 2. Другими словами, в том случае, когда исчезновение симптома и проблемы в конце терапии сохраняется во времени без появления рецидивов или симптомов, замещающих изначальные.

В дальнейшем, на основании данного методологического критерия, оценка результатов лечения подразделилась на пять категорий.

Решенные случаи – это случаи полного решения проблемы к концу терапии и отсутствие рецидивов в течение одного года.

Случаи значительного улучшения – это случаи полной ремиссии симптома в конце терапии, с явным улучшением ситуации во время последующего наблюдения, но также с присутствием спорадических и легких рецидивов, тем не менее легко контролируемых.

Случаи незначительного улучшения – это случаи частичной редукции симптоматики в конце лечения, при этом во время последующего наблюдения пациенты заявляют о частых критических моментах и симптоматических рецидивах, хотя эти критические моменты и определяются пациентами как гораздо менее интенсивные, чем до начала терапии.

Случаи, оставшиеся неизменными – это случаи, в которых лечение за десять сессий не привело к каким-либо изменениям проблемной ситуации, представленной пациентом. В этих случаях лечение было прервано на десятой сессии в силу убеждения в том, что если не удается ничего изменить за десять сессий, то очень маловероятно, что удастся добиться изменений за более длительный период лечения.

Случаи ухудшения – это такие случаи, когда лечение привело к ухудшению ситуации пациента.

По нашему мнению, помимо определения и измерения эффективности по каждой из возможных категорий, очень важной является и дифференцированная оценка терапевтического вмешательства по типу предъявленных пациентами проблем. Это означает, что для лучшей оценки эффективности терапевтической модели необходимо оценить, для какого типа проблем эта модель проявляет большую или меньшую эффективность, а именно – произвести *дифференцированную оценку эффективности.*

С этой целью представленные ниже данные были сгруппированы *по восьми категориям расстройств.* Это означает, что количественная оценка эффективности, помимо ее приложения ко всей выборке субъектов, подвергшихся терапевтическому вмешательству, была произведена и в зависимости от типологии проблемы, на которую было ориентировано вмешательство. При разделении выборки прошедших лечение случаев на группы по диагнозу были получены восемь категорий расстройств или типов проблем. Определение проблемы или расстройства, не всегда однозначное, было сделано посредством принятия во внимание превалирующей или доминантной симптоматики, предъявленной пациентом.

Проведенная классификация имеет следующий вид:

- фобические расстройства;
- обсессивные расстройства;
- сексуальные расстройства;
- проблемы партнерства;
- проблемы идентификации и взаимоотношений;
- депрессивные расстройства;
- нарушения питания;
- психозы или предполагаемые психозы.

Данная классификация, выполненная на эмпирической основе, сравнима с привычной классификацией, принятой в психологической и психиатрической литературе, посвященной диагностике (DSM III), для всех выделенных нами категорий расстройств. Единственным исключением являются проблемы партнерства, которые не рассматриваются в подобной литературе, посвященной диагностической классификации, видимо потому, что являются проблемами исключительно межличностными.

Однако следует напомнить, что системный и стратегический подход в терапии избегает традиционной нозографической классификации и психиатрических клинических описаний, считая, что они слишком ограничивают многосторонность, свойственную человеческим

системам. Мы предпочитаем говорить о типологии проблем и об их решении. Представляемая здесь классификация, которая может показаться противоречащей нашим эпистемологическим позициям, была произведена для того, чтобы иметь возможность вынести результаты и за пределы сообщества тех, кто руководствуется системным взглядом. Кроме того, мы считаем, что такой способ является единственным, позволяющим сравнить результаты данной терапевтической модели с другими.

Приведенной подразделение проблем на различные типы относится к случайной выборке пациентов, проходивших лечение в Центре стратегической терапии в Ареццо за перид с января 1987 по сентябрь 1988 года, и поэтому, конечно, не являет собой сбалансированное распределение излеченных случаев. В результате для некоторых типов проблем число подвергшихся лечению случаев достаточно многочисленно, в то время как для других типов проблем – очень ограничено. В связи с этим не представляется возможным дать на должном статистическом уровне полноценную и достоверную оценку дифференцированной эффективности терапии. Тем не менее это не лишает нас возможности получить интересную и полезную информацию и из такой количественной оценки результатов вмешательства по выделенным категориям проблем (табл. 1 на стр. 166).

И, наконец, на основании представленных данных можно сделать значимые заключения отностительно общей эффективности терапевтической модели, с добавлением дифференцированной оценки, которая (хоть и не является совершенно достоверной из-за немногочисленности подвергнутых лечению случаев) тем не менее позволяет сделать некоторые более специфические выводы относительно терапевтических возможностей вмешательства, осуществляемого по терапевтической модели, представленной в данной работе.

2. Концепция экономичности терапии

Как было замечено Гарфилдом (Garfield, 1980), одним из наименее изученных и принимаемых во внимание аспектов оценки результативности психотерапии является ее экономичность, а именно – соотношение между затратами на терапию и принесенной ею пользой.

В то же время эта характеристика играет очень важную как теоретическую, так и социальную роль; действительно, существует большая разница между тем, решить ли определеннкю проблему за три месяца или за три года.

Разница заключается в материальных затратах, но еще больше в том, что чем раньше человек решит проблемы, приведшие его к терапевту, тем раньше он станет жить лучше – улучшив качество своего существования и став несомненно счастливее. Тем не менее, как опять-таки замечает Гарфилд (1980), странно, что основное правило профессиональной этики, принятой в любой лечебной практике, – а именно: стараться как можно быстрее решить проблемы и избавить от страданий пришедшего за помощью человека, – не нашло среди психотерапевтов большого признания. Эту кажущуюся необъяснимой недостаточность внимания, уделяемого большинством психотерапевтов экономичности их клинической практики, Гарфилд объясняет тем, что на протяжении многих десятилетий в психотерапевтической мысли доминировала идея, что терапия, дабы быть эффективной, должна быть длительной, глубокой и многотрудной.

Однако эта типичная для традиционных психотерапевтических теорий концепция была торжественно опровергнута исследованиями сравнительной эффективности в психотерапии. Действительно, данные ясно показывают, что не существует значимых различий между результатами, достигнутыми при длительной терапии или при краткосрочной терапии (Avnet, 1965; Muench, 1965; Shlien, 1957, 1962; Luborsky *et al.*, 1975; Garfield *et al.*, 1971; Butcher, Koss, 1978; Harris *et al.*, 1963-1964; Phillips, Wiener, 1966; Gurman, Kniskern, 1978). Более того, в ряде осуществленных исследований была выявлена бо́льшая эффективность краткосрочных видов терапии, по сравнению с эффективностью, продемонстрированной долгосрочной терапией. Следовательно, недостаток внимания со стороны психотерапевтов, руководствующихся традиционными теориями психотерапии, по отношению к экономичности терапевтического вмешательства объясняется только их сопротивлением к изменению собственных убеждений. Скорее всего, для таких терапевтов представляется более важным спасти собственную священную теорию, нежели хорошо и быстро вылечить собственных пациентов.

После надлежащего прояснения этих моментов становится понятным, насколько важно при анализе и оценке реальной силы вмешательства определенной психотерапевтической модели уделять внимание *фактору экономичности* клинической работы.

Действительно, после того как терапия была признана эффективной, она должна считаться тем более положительной, чем более она экономична. Другими словами, время, затраченное на достижение результата, еще более квалифицирует сам результат; и действительно, соотношение между затратами на терапию и принесенной ею пользой будет тем оптимальнее, чем менее долгим будет терапевтическое вмешательство, направленное на достижение реального и окончательного решения предъявленных пациентами проблем.

Экономичность терапевтического вмешательства

Для измерения экономичности нашей работы мы прибегли к упорядочиванию результатов, подобному уже использованному нами при описании эффективности (табл. 2 на стр. 167).

Экономичность была измерена в терминах средней продолжительности лечения – как на всей выборке, так и на дифференцированном уровне для каждого типа расстройств. Кроме того, была осуществлена более тонкая оценка экономичности, учитывая из всей выборки только случаи положительного исхода, а именно – *решенные случаи и случаи значительного улучшения* (табл. 3 на с. 168).

Определив таким образом методологические критерии количественной оценки результатов, мы можем перейти к представлению непосредственно самого исследования и его результатов.

Выборка

Выборка представлена всеми осуществленными в Центре стратегической терапии в Ареццо терапевтическими вмешательствами за период с января 1987 по сентябрь 1988 года.

Поскольку Центр является частным учреждением, прошедшие лечение субъекты обратились за помощью самостоятельно, и поэтому представляют собой случайную выборку.

Единственной общей для всех субъектов переменной было обращение за терапией в этот Центр и то, что со всеми ними было проведено терапевтическое вмешательство согласно стратегическому подходу в терапии.

Всего было рассмотрено 132 случая, хотя за помощью обратились 149 субъектов (17 человек, или 11 %, покинули терапию в течении первых трех сессий, и поэтому рассматривались не как подвергнутые леченнию случаи, а как случаи прерванной терапии)[40].

Выборка представлена 53 мужчинами и 79 женщинами, средний возраст 26 лет, (от 8 лет до 71 года). Социальное происхождение и профессиональная деятельность субъектов были самыми разнообразными и неоднородными. Единственное замечание, кажущееся очевидным, относится к тому факту, что все субъекты смогли позволить себе оплату немалого гонорара частному психотерапевтическому Центру, из чего следует заключить, что никто из них не находился в ситуации серьезных экономичесих трудностей.

Результаты

Таблица 1. Эффективность вмешательства. Период 1987-1988. Последующее наблюдение через год

Тип проблемы	Случаи полного решения		Случаи значительного улучшения		Случаи незначительного улучшения		Случаи без изменений		Случаи ухудшения		Общее кол-во случаев	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Фобические расстройства	32	78	7	17	2	5	-	-	-	-	41	100
Обсессивные расстройства	17	71	-	-	6	25	1	4	-	-	24	100
Сексуальные расстройства	10	67	2	13	5	20	-	-	-	-	15	100
Проблемы партнерства	9	100	-	-	-	-	-	-	-	-	9	100
Проблемы идентификации	8	57	3	21	3	21	-	-	-	-	14	100
Депрессивные расстройства	8	80	-	-	2	20	-	-	-	-	10	100
Нарушения в питании	4	67	-	-	1	17	1	17	-	-	6	100
Психозы или предполагаемые психозы	2	15	7	54	2	15	2	15	-	-	132	100
Всего	90	69	19	14	19	14	4	3	-	-	13	100

Таблица 2. Средняя длительность вмешательства. Общее количество рассмотренных случаев

Тип проблемы	Кол-во случаев	Средняя длительность (кол-во сессий)	Минимальная длительность (кол-во сессий)	Максимальная длительность (кол-во сессий)
Фобические расстройства	41	15.6	6	34
Обсессивные расстройства	24	16.1	7	31
Сексуальные расстройства	15	12.0	5	42
Проблемы партнерства	9	16.4	5	34
Проблемы идентификации	14	13.1	5	33
Депрессивные расстройства	10	17.6	6	40
Нарушения в питании	6	14.0	7	21
Психозы или предполагаемые психозы	13	22.6	10	43
Всего	132	15.9	6.4	34.8

Таблица 3. Экономичность вмешательства. Средняя продолжительность: случаи полного решения и значительного улучшения

Тип проблемы	Случаи полного решения		Случаи значительного улучшения		Общее кол-во случаев	
	кол-во	средняя длительн.	кол-во	средняя длительн.	кол-во	средняя длительн.
Фобические расстройства	32	14.3	7	18.2	39	16.2
Обсессивные расстройства	17	12.5	-	-	17	12.5
Сексуальные расстройства	10	14.2	2	13.0	12	13.6
Проблемы партнерства	9	16.4	-	-	9	16.4
Проблемы идентификации	8	10.8	3	20.3	11	15.5
Депрессивные расстройства	8	18.7	-	-	8	18.7
Нарушения в питании	4	13.7	-	-	4	13.7
Психозы или предполагаемые психозы	2	42.0	7	21.8	8	31.9
Всего	90	17.8	19	18.3	109	17.8

Обсуждение результатов

Представленная количественная оценка результатов применения стратегической терапевтической модели на данной выборке приводит к некоторым заключениям, позволяющим задуматься как о возможностях данной модели, так и об общих аргументах статистических исследований в психотерапии.

1) *Явным образом демонстрируется эффективность данного типа лечения*, несомнено высоким является его общий процент успешности. В самом деле, положительный исход лечения был достигнут в 83 % случаев.

Кроме того, эффективность лечения была еще более высокой в случае некоторых форм расстройств, например, таких, как фобические расстройства (агорафобия и приступы паники), где эффективность терапии достигала 95 %.

Если сравнить эти данные с данными об эффективности других форм психотерапии (Andrews, Harvey, 1981; Bergin, 1971; Garfield, 1981; Giles, 1982; Luborsky, 1975; Sirigatti, 1988; Strupp, Hadley, 1979), где положительный результат – в зависимости от исследования и подхода – составляет примерно от 50 % до 80 %, то очевидно, что эффективность стратегического подхода, отраженная в количественном анализе результатов нашей работы, превышает среднюю. Кроме того, как упоминалось ранее, эффективность стратегического подхода прошла проверку и с помощью последующего наблюдения за пациентами в течение года после окончания терапии.

2) *Эффективность лечения сохраняется во времени*. Действительно, процент имевших место рецидивов явно низок, и в большинстве случаев достигнутые в конце лечения результаты сохранились вплоть до третьего последующего наблюдения (по истечении одного года), что делает невозможным рецидивы в будущем, кроме того, не было выявлено возникновения замещающих симптомов. Это опровергает предположение о том – по утверждению Гарфилда (1980) принято многими терапевтами, – что краткосрочная терапия является поверхностной и симптоматической, а поэтому непременно приводит к рецидиву изначальной проблемы (или к смещению симптома) по истечении времени.

3) Тем не менее, именно *экономичность лечения* является наиболее позитивной характеристикой, которая, как нам кажется, отличает результаты, достигнутые с помощью стратегического подхода от результатов, достигнутых посредством других психотерапевтических подходов. Другими словами, речь идет о затраченном на достижение результата времени и вытекающем из этого соотношения между затратами и принесенной пользой. Несомненно, на уровне экономичности существует значительное различие между терапией, длящейся в среднем 14 сессий, и терапией, длящейся в среднем 835 сессий (приводимая Гарфилдом (1981) средняя длительность психоаналитического лечения согласно психотерапевтическому научно-исследовательскому проекту фонда Меннингера[41]). Настоящая же ценность, относящаяся к большей или меньшей длительности терапии, по нашему мнению, измеряется не столько экономически, сколько экзистенциально: качеством жизни пациента. Пациент приобретает возможность жить лучше, изменяя свою симптоматическую ситуацию в краткие сроки. Например, реальное и конкретное отличие между лечением тяжелой формы агорафобии за 14 сессий (около трех-четырех месяцев) или за 150 сессий (около трех-четырех лет) заключается в том, что в первом случае пациент, свободный от своих проблем, через несколько месяцев начинает жить гораздо лучше, во втором случае он живет, страдая в кошмаре своих проблем, примерно на три с половиной года дольше. Это означает, что его жизнь продолжает быть полной проблем более длительное время, в то время как она могла бы стать менее проблематичной за меньший срок. Как и Гарфилд (1980), мы считаем необходимым в интересах реального благосостояния пациента оценить, какой тип вмешательства, помимо своей эффективности, вынуждает субъекта к меньшим затратам как в экономическом, так и в экзистенциальном смысле. Оценив с этой точки зрения конкретную предъявленную проблему, было бы желательно приступить к лечению при помощи тех процедур, которые представляются более экономичными. Если таковые процедуры не действуют или являются недостаточными для решения всех проблем пациента, тогда допустимо обращение к процедурам менее экономичным, но более эффективными для решения данной проблемы. Является очевидным, что не все человеческие проблемы могут быть решены в краткие сроки, однако для того, чтобы удостовериться в этом, сначала необходимо попробовать; поэтому более корректной была бы такая методология, когда вначале выясняется, действует ли краткосрочная терапия, после чего, если она не действует или оказывается недостаточной, возможен переход к более длительному лечению.

После гарантии эффективности терапевтического вмешательства, его экономичность становится аспектом, заслуживающим большого внимания, согласно профессиональной этике уважения к пришедшему за помощью человеку и его праву почувствовать себя лучше как можно быстрее. И даже если для достижения этой цели необходимо использовать «манипулятивные» стратегии или «доброкачесвенный обман», как это происходит во многих описанных в данной книге процедурах, тем не менее на основании вышесказанного мы утверждаем, что такое

поведение в терапии является наиболее этичным и корректным, поскольку его целью является достижение наиболее быстрого решения проблем пациента, или, другими словами, достижение им благополучия. Следовательно, «манипуляции» и «доброкачесвенный обман» не являются негуманным орудием пыток, а являются способом, позволяющим обойти сопротивление пациента и привести к улучшению состояния с возможно меньшими экономическими и экзистенциальными затратами.

Библиография

Alexander F., French T., «Psychoanalytic therapy». N.Y.: Ronald Press Co., 1946.

Alexander F. *Psychoanalysis and psychotherapy*. N.Y.: W.W. Norton and Co., 1956.

Andrews G., Harvey R. *Does Psychotherapy benefit neurotic patient? A reanalysis of the Smith, Glass and Miller data*, in «Archives of general psychiatry». 1981. 38. P. 1203–1208.

Ashby W.R. *Design for a brain*. N.Y.: Wiley and sons, 1954.

Ashby W.R. *An Introduction to cybernetics*. London: Methuen, 1956.

Austin J.L. *How to do things with words*, Harvard University press, Cambridge, 1962.

Avnet H.H. How *effective is short-therm therapy?// Short-therm psychotherapy /* Wolberg I.R. (ed.) N.Y.:, Grune and Stratton, 1965.

Balint M. *The basic fault*, Tavistock, London, 1968.

Bandler R., Grinder J. *The structure of magics*. Palo Alto: Science and behavior books, Meta Publications, 1975.

Bandler R., Grinder J. *Patterns of the hypnotic tecniques of Milton H. Erickson M.D.* Palo Alto: Meta Publications, 1975.

Bannister D., Fransella F. *Inquiring man: the theory of personal constructs*, Penguin Books, Harmondsworth, England, 1977.

Bateson G. *Cybernetic explanation*, in «American behavioral scientist». 1967. 10. P. 29–32.

Bateson G. *Steps to an ecology of mind*. N. Y.: Ballantine Books, 1972.

Bateson G. *Mind and nature*. N. Y.: Bantam Books, New York, 1980.

Bateson G., Jackson Don D., Haley J., Weakland J.H. *Toward a theory of schizophrenia* // «Behavioral science». 1956. I.P. 251-264.

Bateson G., Jackson Don D. *Some varieties of pathogenic organization* // Dosorders of communications. 1964. Vol. 42. P. 270–283.

Bergin A.E., Strupp H.H. *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. Chicago: Aldine, 1972.

Bergin A.E., Lambert M.J. The *evaluation of therapeutic outcomes //* S.L. Garfield, A.E. Bergin (eds.), *Handbook of psycotherapy and behavior change*. II ed. N.Y.: Wiley and Sons, 1978.

Bergman J.S. *Fishing for barracuda: pragmatics of brief systemic therapy*. N.Y.: W.W. Norton and Co., 1985.

Bloch S. *To be a therapist: the teaching and learning*. N.Y.: Brunner/Mazel, 1984.

Bodin A. *The interactional view: family therapy approaches of the mental research institute* // Gurman A.S.; Kniskern D.P. (eds.) *The handbook of family therapy*. N.Y.: Brunner/Mazel, 1980.

Brown G.S. Laws of form, Bantam Books, New York, 1973.

Butcher J.N., Koss M.P. *M.M.P.I. research on brief and crisis-oriented therapies //* S.L. Garfield, A.E. Bergin (eds.) *The handbook of psycotherapy and behavior change*. II ed. N.Y.: Wiley and sons, 1978.

Chambers G.S., Hamlin R. *The validity of judgements bases on «blind» Roschach records* // «Journal of consulting psychology». 1957. 21, P. 105–109.

Cialdini R.B. *How and why people agree to things*. N.Y.: William Morrow and Co., 1984.

Dini V. *Il potere delle antiche madri*. Torino: Boringhieri, 1980.

Elster J., *Ulysses and the sirens*. Cambridge: Cambridge University press, 1979.

Erickson M.H., Rossi E.L. (eds.) *The collected papers of Milton H. Erickson of hypnosis*. Vol. I, II, III, IV: *Hypnotic investigaton of psychodynamic processes*, Irvington, New York, 1982.

M.H Erickson, E.L. Rossi, S.I. Rossi, *Hypnotic realities: the induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion*. N.Y.: Irvington Publishers, 1979.

Fachinelli E. *Claustrofilia*, Adelphi, Milano, 1983.

Fiora E., Pedrabissi I., Salvini A. *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità*. Milano, Giuffrè, 1988.

Fisch R., Weakland J.H, Watzlawick P., Segal L., Hoebel F. e Deardoff M. *Learning brief therapy: an introductory training manual.* Palo Alto (California): Mental Research Institute, 1975.

Fisch R., Weakland J.H., Segal L. *The tattics of change*. San Francisco: Jossey-Bass, 1982.

Fisch R., Watzlawick P., Weakland J.H., Bodin A. *On unbecoming family therapists // The book of family therapy.* A. Ferber, M. Mendelson, A. Napier (eds.). N.Y.: Science house, 1982.

Foerster von H. *Thoughts and notes on cognition //* P.L. Garvin (ed.), *Cognition: A multiple view.* N.Y.: Plenum press, 1970. P. 25–48.

Foerster von H. *On costructing a reality //* P. Watzlawick (ed. 1984), *The invented reality*. N.Y.: W.W. Norton and Co., 1973. P. 41–61.

Foerster von H. *Kybernetik einer erkenntnistheorie //* W.D. Keidel, W. Handler, M. Spring (eds.), *Kybernetik und bionic.* Munchen Wien: Oldenburg, 1974. P. 27–46.

Foerster von H. *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio, 1987.

Frank J.D. *Therapeutic components of psychotherapy. A 25-year progress report of research //* «Journal of consulting and clinical psychology». 1971. 37. P. 307–313.

Frankl V.E. *Paradoxical intention*, in «American Journal of psychotherapy». 1960. 14. P. 520–535.

Freud S. *New introductory lectures on psycho-analysis*. London: Hogarth press (Standard Edition, vol. 22), 1964.

Garfield S.L. *Psychotherapy and eclectic approach.* N.Y.: Wley and Sons, 1980.

Garfield S.L. *Psychotherapy. A 40 year appraisal //* American psychologist. 1981. 2. P. 174–183.

Garfield S.L., Prager R.A., Bergin A.E. *Evaluation of outcome in psychotherapy//* Journal of consulting and clinical psychology. 1971. 37. P. 307–313.

Giannattasio E., Nencini R. *Conoscenza e modellizzazione nella psicologia*. Roma: La Goliardica, 1983.

Giles T.R. *Probable superiority of behavioral interventionts: traditional comparative outcome //* Journal of behavior therapy experimental psychiatry. 1983. 14 (1). P. 29–32.

Glaserfeld von E. *Cybernetic experience and concept of self //* M.N. Ozer (ed.), *A cybernetic approach to assessment of children: towards more human use of human beings*. Westview Press, Boulder (Colorado), 1979.

Glaserfeld von E. *An introduction to radical constructivism //* P. Watzlawick (ed.), *The invented reality*.N.Y.: W.W. Norton and Co., 1984. P. 17–40.

Glover E. *Freud or Jung?* N.Y.: Meridian Books, 1956.

Godel K. *Veber formal unentscheidbare Sätze der Principia mathematica und verwandter Systeme I //*Monatshefte für mathematik und physic. 1931. 38. P. 173–198.

Greenberg G. *Problem-focused brief family interactional psychotherapy // Group and family therapy*. R. Lewis, M.D. Wolberg, L. Marvin, Ph.D. Aronson (eds.). N.Y.: Brunner/Mazel, 1980. P. 307–322.

Gurman A.S., Kniskern D.P. *Research on marital and family therapy //* S.L. Garfield, A.E. Bergin (eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*, II ed. N.Y.: Wiley and Sons, 1978.

Haley J. *Advanced techniques of hypnosis and therapy selected paper on Milton Erickson, M.D.* New York/London: Grune and Stratton, 1967.

Haley J. *Uncommon therapy. The psychiatric techniques of M. Erickson M.D.* N.Y.: W.W. Norton and Co., 1973.

Haley J. *Problem-solving therapy*. N.Y.: Jossey-Bass, 1976.

Haley J. *Conversations with M. Erickson M. D.*, vol I: *Changing individuals*; vol II: *Changing couples*; vol. III: *Changing families and children*. Triangle Press, 1985.

Precipitating stress: an approach to brief therapy // American journal of psychotherapy. 1963. 17. P. 465–471.

Harris M.R., Kalis B., Freeman E.H. *An approach to short-therm therapy //* Mind. 1964. 2. P. 198–206.

Herr J., Weakland J.H. *Counseling elders and their families*. N.Y.: Springer, 1979.

Hoffman L. *Foundations of family therapy*. N.Y.: Basic, 1981.

Jacobson R. *Essais de linguistique Générale*. Paris: Editions de Minuit, 1963.

Kant I. *Critica della ragion pura*. Laterza, Bari, 1985.

Kelly G.A. *The psychology of personal constructs.* Vol. 2. N.Y.: W.W. Norton and Co., 1955.

Kuhn T. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago press, 1970.

Lankton S., Lankton C.H. *The answer within: a clinical framework of ericksonian hypnotherapy*. N.Y.: Brunner/Mazel, 1983.

Lewis J.M. *To be a therapist: the teaching and learning*. N.Y.: Brunner/Mazel, 1978.

Lichtenberg C.G. *Das Lichtenberg trost Büchlein*. Munchen: Meyster Verlag, Wien, 1978.

Liddle H.A. *Diagnosis and assessment in family therapy: a Comparative analysis of six schools of thought //* B. Keeney (ed.), *Diagnosis and assessment in family therapy.* Rockville: Aspen Publications, M.D., 1982.

Luborsky L., Singer B., Luborsky L. *Comparative studies of psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes. //* Archives of general psychiatry. 1975. 132. P. 995–1004.

Madanes C. *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, 1981.

Maisondieu J., Matayer L. *Les therapies familiales*. Paris: Press Universitaires de France, 1986.

Mally E. *Grundgesetze des Sollens*. Graz: Leuscher und Lubenky, 1926.

Maturana H.R. *Biology of language: The epistemology of reality //* G.A. Miller e E. Lennberg (eds.), *Psychology and biology of language and thought.* N.Y.: Academic Press, 1978.

Mayo E. *The Human problems of industrial civilization*. N.Y.: Mac Millan, 1933.

Minguzzi G.F. *È possibile valutare i risultati della psicoterapia //* Il giornale italiano di psicologia. 1986. 13 (1). P. 7–13.

Montalvo B., Haley J. *In defense of child therapy //* Family process. 1973. XII, P. 227–244.

Muench G.A. *An investigation of the efficacy of timelimited psychotherapy //* Journal of counseling psychology. 1965. 12. P. 294–299.

Nardone G. (a cura di), *Modelli di psicoterapia a confronto*. Roma: Il Ventaglio, 1988.

Neumann von J., Morgenstern O. *Theory of games and economic Behavior*. N.Y.: Princeton University Press, Princeton, 1944.

Nietzsche F. *La gaia scienza*. Milano: Adelphi, 1965.

Phillips D. *The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect //* American Sociological Review. 1974. 39. P. 340–354.

Phillips D. *Suicide, motor vehicle fatalities, and the mass media: evidence toward a theory of suggestions //*American Journal of Sociology. 1979. 84. P. 1150–1174.

Phillips D. *Airplane accident, murder and the mass media: toward a theory of imitation and suggestion //*Social Forces. 1980. 58. P. 1001–1024.

Phillips E.L., Wiener D.N. *Short therm psychotherapy and structural behavior change.* N.Y.: Mc. Growhill, 1966.

Piaget J. *La construction du réel chez l'enfant*. Paris Neuchatel: Delachaux et Niestlé, 1934.

Piaget J. *Genetic epistemology.* N.Y.: Columbia University press, 1970.

Piaget J. *Biology and knowledge*. Chicago: University of Chicago press, 1971.

Popper K.R. *Obiective knowledge.* London: Oxford University press, 1972.

Popper K.R. *Realism and the aim of science*. London: Hutchinson, 1983.

Prigogine I. *From being to becoming*. San Francisco: Freeman and Co., 1980.

Rabkin R. *Strategic psychotherapy*. N.Y.: Basic Books, 1977.

Rhodes R. *Hypnosis: Theory, practice and application*. N.Y.: The citadel press, 1965.

Riedel R. *Biologie der erkenntnis*. Hamburg: Parey, 1980.

Ritterman M. *Using hypnosis in family therapy.* San Francisco: Jossey-Bass, 1983.

Rosen S. *The values and philosophy of Milton Erickson // Erickson approaches to hypnosis and psychotherapy.* Zeig J.K. (ed.) N.Y.: Brunner/Mazel, 1982.

Rosenthal R. *Experimenter effects in behavioral research.* N.Y.: Appleton-Century Croft, 1966.

Salzman L. *Reply to critics //* International journal of psychiatry. 1968. 6. P. 473–476.

Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. *Paradosso e controparadosso*. Milano: Feltrinelli, 1975.

Selvini Palazzoli M., Cirilli S., Selvini M., Sorrentino A.M. *Giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Cortina, 1988.

Schimmel A. (ed.) *Die orientalische Katz*, Diederichs (adapted from the German translation), Cologne, 1983.

Segal L. *Focused problem resolution //* E. Tolsen, W.J. Reid (eds.), *Models of family therapy.* N.Y.: Columbia University press, 1980.

Shlien J.M. *Time limited psychotherapy and experimental investigation of practical values and theoretical implications //* Journal of counseling psychology. 1957. 4. P. 318–329.

Simon B.F., Stierlin H., Wynne C.L. *The language of family therapy: a systemic vocabulary and sourcebook.* N.Y.: Family Process, 1985.

Sirigatti S. *Behavior therapy and therapist variables: A-B distinction in the treatment of monophobias //*Bollettino di psicologia applicate. 1975. 127-128-129.

Sirigatti S. *La ricerca valutativa in psicoterapia: modelli e prospettive // Modelli di psicoterapia a confronto.* G. Nardone (a cura di). Roma: Il Ventaglio, 1988.

Sluzki C.E., Donald C.R. *Double bind the foundation of communicational approach to the family.* N.Y.: Grune and Stratton, 1979.

Smith M.L., Glass G.U., Miller T.I. *The benefit of psychotherapy.* Baltimore: John Hopkins University press, 1980.

Stolzenberg G. *Can an inquiry into the foundations of mathematics tell us anything interesting about mind? // Psychology and biology of language and thought.* N.Y.: Academic Press, 1978.

Strupp H.H., Hadley S.W. *Specific vs. nonspecific factors in psychotherapy: a controlled study of outcome //* Archives of general psychiatry. 1979. 36. P. 1125–1136.

Vaihinger H. *The philosophy of «as if» a system of the theoretical, practical and religious fictions of Markind* (transl. C.K. Ogden). N.Y.: Harcourt Brace, 1924.

Varela F. *A calculus for self-reference //* International Journal of General Sistems. 1975. 2.

Varela F. *Principles of biological autonomy.* N.Y.: North Holland, 1979.

Varela F. *Il circolo creativo: abbozzo di una storia naturale della circolarità //* P.

Watzlawick, *La realtà inventata.* Milano: Feltrinelli, 1988.

Vico G. *De antiquissima italorum sapientia.* Napoli: Stamperia de' classici latini, 1958.

Watzlawick P. *How real is real?* N.Y.: Fandom House, 1976.

Watzlawick P. *Die Möglichkeit des Andersseins: zur Technick der therapeutischen Kommunikation*. Bern: Verlag Hans Huber, 1977.

Watzlawick P. (a cura di), *Die erfundene Wirklichfelt*. München Piper und Co. Verlag, 1981.

Watzlawick P. *Hypnotherapy without trance //* J. Zeig (ed.) *Ericksonian psychotherapy*: vol. I, *Structure*, P. 5–14, N.Y.: Brunner/Mazel, 1985.

Watzlawick P., Weakland J.H. *La prospettiva relazionale*. Roma: Astrolabio, 1978.

Watzlawick P., Beavin J., Jackson Don D. *Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. N.Y.: W.W. Norton and Co., 1967.

Watzlawick P., Weakland J.H., Fisch R. *Change: Principles of problem formation and problem solution*. N.Y.: W.W. Norton and Co., 1974.

Weakland J.H., Fisch R., Watzlawick P., Bodin A. *Brief therapy: focused problem resolution //* Family process. 1974. XIII.

Wester W.C., Smith H.A. *Clinical Hypnosis*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1984.

Wiener N. *Time, communications, and the nervous system in Teleological mechanisms.* R.W. Miner (ed.) // Annals of the New York Academy of Sciences. 1947. Vol. 50. Art. 4. P. 197–219.

Wiener N. *The human use of human beings: Cybernetics and society* (2nd. ed.). N.Y.: Avon, 1967.

Wiener N. *Cybernetics, or control and communication in the animal and the machine* (2nd. ed.), Cambridge: Massachusetts Institute of Technology press, 1975.

Wilde O. *Aforismi*. Milano: Mondadori, 1986.

Withead A.N., Russell B. *Principia mathematica* (3 voll.). Cambridge: Cambridge University press, 1910.

Zeig J. *A teaching seminar with Milton H. Erickson.* N.Y.: Brunner/Mazel, 1980.

Zeig J. *Ericksonian psychotherapy*. N.Y.: Brunner/Mazel, 1985.

Zeig J. *The evolution of psychotherapy.* N.Y.: Brunner/Mazel, 1987.

Сноски

1

В переводе с китайского В.Перелешина – *Прим. ред.*

2

Mental Research Institute – Институт исследований психики – *Прим. перев.*

3

Необходимое условие – (лат.) – *Прим. перев.*

4

Цит. по: Гюго В. Отверженные. М.: Правда, 1979 г. Том I, стр. 124-125.

5

La construction du réel chez l'enfant.

6

Перформатив (сущ., лингв.) – глагол, употребление которого в первом лице настоящего времени означает непосредственное совершение названного действия, например: «Я обещаю».

7

Здесь: исполнять, выполнять (обещание, приказание и т. п.); делать, совершать.

8

Индикатив (сущ., лингв.) – изъявительное наклонение глагола.

9

Die Philosophie des Als-Ob.

10

По этому поводу полезно напомнить читателю, что «начиная с 1931 года, когда Гедель, основываясь на Principia Mathematica, опубликовал свою знаменитую теорему неразрешимости, нам пришлось расстаться с надеждой на то, что любая система, достаточно сложная для того, чтобы включить в себя арифметику (или, как показал Тарский, любой достаточно сложный язык), могла бы доказать свою логичность внутри своей собственной структуры. Такое доказательство может происходить только извне и должно основываться на дополнительных аксиомах, предположениях, понятиях, сравнениях и т. д., которые изначальная система не может создать или доказать, а сами они, в свою очередь, доказуемы лишь прибегая к еще более широкой структуре, и так далее по бесконечно регрессирующей цепи метасистем, метаметасистем и так далее. Согласно основным постулатам Principia Mathematica, любое утверждение о каком-либо множестве (а доказательство логичности является такого типа утверждением) предполагает все элементы множества и, следовательно, не может быть, не должно быть выражением этого множества». (Watzlawick et al. 1974, 38)

11

Способ восприятия реальности и соответствующие ему реакции пациента. – *Прим. пер.*

12

Рекомендуются следующие работы: Вацлавик, П. и др. Прагматика человеческих коммуникаций, 2000. Idem, Change, 1974. G.Bateson, Mente e natura, 1980.

13

«Существует два разных типа изменений: один из них проявляется внутри данной системы, оставляя неизменной саму систему, в то время как другой тип, когда он проявляется, изменяет саму систему.

Приведем пример такого различия в терминах поведения: человек, которому снится кошмар, может многое делать во сне: бежать, прятаться, бороться, кричать, прыгать в пропасть и т. д., но никакой переход от одного из этих действий к другому не может положить конец самому кошмару. Мы будем называть такое изменение *изменением первого типа*. Единственный способ выйти из кошмара предполагает изменение от состояния сна к состоянию бодрствования. Состояние бодрствования больше не является частью сна, а представляет собой переход к совершенно другому состоянию. С этого момента мы будем называть такое изменение *изменением второго типа*». (Watzlawick, 1974, 27).

14

Ad hoc (лат.) – специальный; для данной цели.

15

Исскусства врачевания – *Прим. перев*.

16

Существуют различные переводы этого термина, например, «двойная ловушка», «двойное послание».

17

A posteriori (лат.) (букв. «из последующего») – понятие, суждение, познание, происходящее из опыта; *a priori* – понятие, суждение, познание, происходящее из чистого разума.

18

Под краткосрочной терапией здесь понимается вмешательство, не превышающее 20 сессий.

19

Данная схема являет собой переработку фаз стратегического вмешательства, вязятых из Weakland *et al.*,1974; Nardone, 1988.

20

Пиндар – древнегреческий поэт-лирик. Поэзия П. отличается сложностью строфической структуры, торжественной величавостью языка и прихотливостью ассоциативных переходов. – *Прим. переводчика.*

21

Бандлер и Гриндер (1975) дали это название стратегии общения, имеющей целью говорить «на языке пациента».

22

Так называемый «Хотторнский эффект» является плодом исследований, проведенных Э.Мэйо в городе Хотторне в 1927 г. и опубликованных в 1933 г. Авторы этой работы показали, какой поразительный эффект может оказать ожидание положительных изменений, созданное человеком, который воспринимается способным произвести перемены к лучшему.

23

Своими известнейшими экспериментами Розенталь продемонстрировал безусловное влияние, оказываемое экспериментатором на проводимый им эксперимент. Или, лучше сказать, он показал, как экспериментатор посредством своих ожиданий влияет на поведение и продуктивность субъектов эксперимента, независимо от того, являются ли они мышами или людьми.

24

Под этой категорией вмешательства подразумеваются терапевтические маневры и общение между терапевтом и пациентом во время сессии. Практически, имеется ввиду все, что происходит во время сессии.

25

Этот культ водных источников, как нам сегодня известно из антропологических реконструкций (Dini, 1980), возник из древнейших обрядовых традиций, связанных с фундаментальной ролью воды в жизненном цикле природы и человека.

26

Этот маневр будет подробно обсуждаться в четвертом параграфе протокола вмешательства при фобических расстройствах.

27

Личный доклад, май, 1989.

28

Логический парадокс представлен тем типом высказываний, которые бывают одновременно верными и ложными, правильными и ошибочными и т. д. Классическим тому примером является парадокс Эпименида Критского «Я лгу» (с предварительной информацией о том, что все жители Крита лгут). Это высказывание выстраивает логическую ловушку независимо от того, верно оно или ложно, правильно или ошибочно и т. д. В межличностном общении такая форма логической ловушки закрепляется в том случае, когда внутри одного утверждения присутствуют два противоречащих друг другу сообщения, и тогда адресат данной комуникации, оказывается в том же положении, как и тот, кто пытается понять, говорит ли Эпименид правду или нет.

29

Манизм – религиозная доктрина, разработанная персом Мани (3 в.), основанная на выделении двух абсолютных принципов: Добро и Зло, которые находятся в постоянной борьбе между собой.

30

Лат. – *«Подобное лечится подобным».*

31

Для более детального освещения этого вопроса рекомендуется обратиться к книге: Watzlawick, 1980.

32

«Go slow technique».

33

Go slow technique в краткосрочной терапии. См.: Fisch *et al*., 1982.

34

Англ. – *follow-up.*

35

Для большего прояснения концепции эффективности читатель отсылается к главе, относящейся к статистической оценке исследования, стр. 157.

36

Для большего прояснения концепции экономичности читатель отсылается к главе, относящейся к статистической оценке исследования, стр. 163.

37

Организационные (пространственные, веменные и т. д.) рамки психотерапевтического сеанса – *Прим. перев.*

38

Для общего обзора литературы, пополненного новейшими данными по сравнительному исследованию результатов в психотерапии, см.: Garfield (1980), Sirigatti S. (1988).

39

Личный доклад, Сьена, 1988.

40

Англ. – *drop-out.*

41

Menninger Foundation Psychotherapy Research Project.